

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908. — N° 99

DES APPLICATIONS DE FORCEPS AU DÉTROIT SUPÉRIEUR

Sur les présentations du sommet
dans les bassins rétrécis

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 mars 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

C. JOSSERAND

NÉ A LYON, LE 19 FÉVRIER 1882

ANCIEN EXTERNE LAURÉAT DES HOPITAUX DE LYON

(CONCOURS 1904, PRIX SAINT-OLIVE)



LYON

IMPRIMERIE J. PONCET

Rue François-Dauphin, 18

—
1908

DES APPLICATIONS DE FORCEPS
AU DÉTROIT SUPÉRIEUR

sur les présentations dans les bassins rétrécis

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908. — N° 99

DES APPLICATIONS DE FORCEPS AU DÉTROIT SUPÉRIEUR

Sur les présentations du sommet
dans les bassins rétrécis

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 mars 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

C. JOSSERAND

NÉ A LYON, LE 19 FÉVRIER 1882

ANCIEN EXTERNE LAURÉAT DES HOPITAUX DE LYON

(CONCOURS 1904, PRIX SAINT-OLIVE)



LYON

IMPRIMERIE J. PONCET

Rue François-Dauphin, 18

—
1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales.		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	{	BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY
Clinique des maladies mentales.		FABRE
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique.		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		X...
Parasitologie et histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT
Anatomie pathologique.		MORAT
Médecine opératoire.		ROQUE
Médecine expérimentale et comparée		COLLET
Médecine légale		TRIPPIER
Hygiène.		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.		ARLOING
Pharmacologie.		LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	PATEL	VORON
PAVIOT	REGAUD	LESIEUR	NOGIER
SAMBUC	COMMANDEUR	J. LÉPINE	MOUNEYRAT
COURMONT (P.)	GAYET	MARTIN (Et.)	LATARJET (Ch.)
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. Aug. POLLOSSON, *Président* ; COMMANDEUR, *Assesseur* ;
MM. CAVAILLON et VORON, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je suis heureux de dédier ce travail
en témoignage de ma profonde reconnaissance.*

A Monsieur le Professeur Auguste POLLOSSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse

A Monsieur le Docteur VORON

MÉDECIN ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX,
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

INTRODUCTION

Obligé d'intervenir, au moment du travail, pour une présentation du sommet arrêtée au détroit supérieur d'un bassin rétréci, l'accoucheur a le choix entre :

1° Les procédés d'extraction forcée, la version podalique ou une application de forceps. Ces deux interventions, d'ailleurs, peuvent échouer, comme cela s'observe lorsque la disproportion est trop marquée entre le volume de la tête fœtale et le rétrécissement du bassin, et aboutir à la mutilation de l'enfant.

2° L'agrandissement momentané du bassin par section de l'anneau osseux ; soit la symphyséotomie, soit, et mieux, la pubiotomie.

3° La césarienne abdominale, c'est-à-dire la suppression absolue des phénomènes de l'accouchement auxquels on substitue une opération chirurgicale.

Actuellement les indications de chacune de ces interventions sont bien posées. Mais elles ont soulevé et soulèvent encore tant de discussions qu'il serait intéressant après avoir rappelé les arguments développés par leurs partisans, de pouvoir comparer leurs résultats respectifs par des statistiques.

J'ai reculé devant l'ampleur d'un tel sujet et je me suis borné à l'étude d'un seul de ces procédés : L'application de forceps au détroit supérieur dans les bassins rétrécis. Ce mode d'extraction, en effet, peut être mis en pratique en dehors des rétrécissements pelviens. Son indication peut se poser au cours d'un accouchement dans un bassin normal. Il y a parfois de l'inertie utérine alors que la tête n'est pas encore engagée. Quelquefois, au contraire, la contracture de l'anneau de Bandl peut empêcher l'adaptation de la tête au détroit supérieur. D'autres fois c'est la tête fœtale trop ossifiée, ou hydrocéphale, qui ne peut se modeler et s'engager sous la seule influence des contractions utérines ; ou bien c'est le cordon procident, la souffrance du fœtus qui rendront nécessaire cette intervention.

Enfin, on peut être appelé à faire une application de forceps au détroit supérieur sur une tête dernière ou sur une présentation de la face ou du front. Mais nous n'envisagerons l'emploi du forceps au détroit supérieur, que sur les présentations du sommet dans les bassins rétrécis les plus fréquemment rencontrés en clinique ; c'est-à-dire, surtout, les bassins rachitiques : généralement rétrécis, aplatis et généralement rétrécis et aplatis purs.

Cependant, lorsqu'on entend célébrer le triomphe des interventions sanglantes dans la thérapeutique des rétrécissements du bassin, parler encore du forceps appliqué au détroit supérieur, après que tant de maîtres éminents l'ont accusé des plus noirs méfaits et condamné, n'est-ce pas s'exposer, comme

l'a dit Farabeuf, à écrire un chapitre d'histoire ancienne.

Et pourtant, sans parler des modestes praticiens qui ne pourront qu'exceptionnellement faire bénéficier leurs clientes des avantages de la césarienne aseptique, il existe encore des accoucheurs de profession qui considèrent que le forceps peut rendre encore quelques services même au détroit supérieur.

Cette opération est-elle légitime ? et dans quels cas ? C'est ce que nous voudrions essayer de dégager de l'étude d'un certain nombre d'observations que nous avons recueillies dans plusieurs maternités de Lyon. Nous nous tiendrons, autant que possible, sur le terrain de la clinique pour envisager, surtout, les résultats et la valeur thérapeutique de ces interventions.

Nous devons ces observations à l'obligeance de MM. les professeurs agrégés, accoucheurs des hôpitaux, Commandeur et Voron, et de M. Plauchu, accoucheur des hôpitaux.

Je remercie bien vivement ces maîtres de m'avoir autorisé à les compiler et à les publier, et de m'avoir guidé dans l'exécution de ce travail, de leurs conseils et de leur grande expérience.

Mes remerciements s'adressent en particulier à M. le docteur Voron. Non seulement il m'a toujours témoigné la plus grande bienveillance au cours des six mois d'externat que j'ai passés dans son service de l'Hôtel-Dieu, mais il n'a jamais cessé de s'intéresser à moi depuis, et il a bien voulu m'inspirer l'idée de cette thèse.

Qu'il me soit permis de remercier ici mes maîtres des hôpitaux pour l'affabilité avec laquelle ils m'ont accueilli dans leurs services et pour l'enseignement si pratique que j'ai reçu d'eux.

Au début de mes études médicales, M. le professeur agrégé Gangolphe, chirurgien-major honoraire des hôpitaux, et M. le docteur Josserand, médecin honoraire des hôpitaux, m'avaient autorisé à suivre, à titre bénévole, leur enseignement clinique.

Plus tard, comme externe, j'ai tenu à profiter encore de leur si grande expérience des malades et du bénéfice de leurs leçons.

Je remercie encore M. le professeur Jaboulay, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, M. le docteur Mollard et M. le docteur Audry, médecins des hôpitaux, dont je fus l'élève.

De tous ces maîtres, j'ai appris ce que je sais. Je leur suis reconnaissant de l'intérêt qu'ils ont bien voulu me témoigner et du soin qu'ils ont pris à m'initier à l'art médical et à faire de moi un praticien.

Je dois à M. le docteur Audry, médecin honoraire des hôpitaux, un témoignage tout particulier de gratitude, pour toutes les marques de sympathie dont il n'a cessé de faire preuve à mon égard et pour les bons soins qu'il a prodigués aux miens et à moi-même. J'ai contracté envers lui une grande dette de reconnaissance.

M. le docteur Gonnet, ancien chef de clinique obstétricale, s'était acquis, en d'autres circonstances, de grands droits à ma profonde gratitude. Il a bien

voulu, dès le début de ce travail, me prodiguer ses encouragements et son aide éclairée et efficace. Je lui suis doublement reconnaissant.

Mes amis, le docteur Flaissier, interne des hôpitaux, le docteur Bonhomme, externe des hôpitaux, ont bien voulu m'aider, eux aussi, dans la rédaction de cette thèse et dans mes recherches bibliographiques. Je les en remercie vivement.

CHAPITRE PREMIER

Exposé des opinions des accoucheurs sur la valeur des applications de forceps au détroit supérieur rétréci dans les présentations du sommet.

Smellie, au XVIII^e siècle, fut le premier accoucheur qui eut l'idée d'aller saisir la tête arrêtée au détroit supérieur au moyen du forceps de Chamberlen, modifié par Levret.

Levret, en effet, avait ajouté au forceps de Chamberlen, qui possédait déjà la courbure céphalique des cuillers, une courbure pelvienne. Mais il avait fait cette modification en vue de ménager le périnée au cours des applications dans l'excavation ou à la vulve et n'avait pas songé, comme Smellie, à utiliser cette courbure pour engager des présentations hautes. Il était, dans ce cas, partisan de la version.

Smellie conseillait la prise régulière de la tête fœtale au détroit supérieur, suivant l'axe sincipito-mentonnier, en faisant l'application dans le diamètre antéro-postérieur du bassin. L'introduction de l'instrument dans ce diamètre promonto-pubien lui avait, d'ailleurs, paru difficile; et, en réalité, il semble bien qu'il devait faire une application oblique, puisqu'il conseillait de placer une cuiller en avant d'une oreille et l'autre en arrière.

Baudelocque, au commencement du XIX^e siècle, fit aussi des applications de forceps au détroit supérieur. Comme Smellie, il introduisait l'instrument dans le diamètre promonto-pubien lorsque la tête se présentait en position transversale. Il n'admettait l'application dans le diamètre transverse du bassin que si la tête était orientée dans le diamètre antéro-postérieur, contrairement à Deleurye qui, à peu près à la même époque, préconisait déjà l'application transversale. Baudelocque, d'ailleurs, préférerait la version au forceps. Il la conseillait de préférence à celui-ci, quand la tête était mobile et que le bassin était très mauvais, parce que, disait-il, « dans les bassins très resserrés l'application de forceps demande une étendue de connaissances que n'ont pas la plupart de ceux qui s'adonnent à la profession d'accoucheurs et qu'ils ne peuvent acquérir par la lecture. »

M^{me} Lachapelle n'était pas, non plus, très partisane du forceps au détroit supérieur. Elle ne l'admettait que si la tête était solidement fixée; si elle était encore refoulable et, à plus forte raison, si elle était mobile au-dessus du détroit supérieur, elle faisait la version.

Velpeau, en 1835, disait : « Pour moi, je n'hésite pas à porter le forceps au détroit supérieur et au-dessus. Je l'ai fait douze fois et je n'y ai trouvé que des avantages. »

Chailly-Honoré, vers 1840, était, lui, partisan du forceps, lorsque la tête ne s'engageait pas spontanément, à la condition, cependant, que la dispro-

portion entre la tête et le rétrécissement du bassin ne fût pas trop forte. Il conseillait de faire l'application régulière par rapport au bassin, c'est-à-dire aux deux extrémités du diamètre transverse.

Cazeaux, comme M^{me} Lachapelle et Baudelocque, conseille la version si la tête est mobile. Si elle est bien fixée, il conseille l'application du forceps en transverse. Mais il constate que, même en introduisant latéralement les cuillers, il aboutit presque toujours à faire une application oblique.

En Allemagne, Stein le jeune se déclare adversaire de la version. Il admet le forceps, parce qu'il excite les contractions utérines, et non comme instrument de traction. Il n'agit bien qu'en provoquant les douleurs. Son action dynamique est plus forte que son action mécanique et, sans la coopération des douleurs, il n'attend de la traction par le forceps aucun résultat favorable. Il redoute même plutôt pour la mère les dangers résultant de la contusion des parties génitales et, pour l'enfant, de la compression de la tête.

Litzmann, en 1877, préfère la version comme traitement des dystocies pelviennes. « S'il préfère la version, dit Fochier, c'est qu'il connaît bien les inconvénients et les dangers du forceps, il connaît surtout ceux que présente l'instrument entre des mains, non pas ignorantes, mais fortement décidées à atteindre le but proposé, fût-il besoin de violence. » Il la préfère surtout parce que « la traction sur les épaules laisse la tête libre d'évoluer et de se déformer d'après les résistances qu'elle rencontre. » Ce-

pendant il admet qu'on emploie le forceps lorsque la tête est bien fixée; mais, dit-il, son emploi dans les bassins rétrécis exige une prudence extrême. Le but étant de sauver la mère et l'enfant, dans aucun cas l'instrument ne doit blesser l'un ou l'autre.

Nœgelé fit des applications de forceps au détroit supérieur. Il est partisan de l'application dans le diamètre transverse. Il constate même que, sur les têtes élevées et mobiles, on ne peut saisir la tête que de cette façon. La prise oblique lui paraît impossible, on parvient bien à introduire la première cuillère, mais pas la seconde, dit-il.

Wasseige, en 1881, conseille le forceps au détroit supérieur, pourvu que le diamètre utile ait au moins 7 centimètres. Il préconise l'application dans un des diamètres obliques.

Münchmeyer (arch. für Gynecol 1889) recommande de restreindre de plus en plus l'emploi du forceps au détroit supérieur, « l'application de ce dernier étant de toutes les opérations la plus sanglante ». Il faut l'éviter autant que possible dans le cas de tête mobile.

Schmidt (arch. für Gynecol. 1894) est un peu moins pessimiste. Il a moins d'insuccès que Münchmeyer. Néanmoins il conseille d'appliquer le forceps au détroit supérieur avec beaucoup de discrétion, et de ne jamais insister si l'application présente quelque difficulté.

Wahl (idem 1895) se range à cette opinion et admet que, même entre des mains exercées, le forceps au détroit supérieur est loin d'être un instrument inoffensif.

En Amérique, un accoucheur, William Thomson Lusk, rejette l'emploi du forceps sur les têtes mobiles. Si la tête est fixée, on peut se servir de cet instrument en l'appliquant dans le diamètre transverse. L'application oblique est pour cet auteur une mauvaise opération. « C'est une coutume générale d'appliquer le forceps sur les côtés du bassin, sans tenir compte de la position de la tête de l'enfant et dans ce cas on ne peut pas articuler l'instrument. »

Hubert, de Louvain, ne rejette pas l'emploi du forceps au détroit supérieur et conseille l'application en oblique.

En France, après Baudelocque, M^{me} Lachapelle, Velpeau, Cazeaux, Jacquemier, pendant longtemps presque tous les accoucheurs se servirent du forceps pour engager des têtes dans des bassins rétrécis.

Maygrier l'emploie volontiers et conseille les prises obliques.

Fochier, à Lyon, en était un partisan convaincu et le préférait à la version : « La critique de la version est trop facile après cette consciencieuse étude des conditions de l'engagement, dit-il dans la préface de Litzmann. Si on la fait assez tôt pour qu'elle ne soit ni difficile, ni par suite dangereuse, on se prive d'éléments précieux pour reconnaître le type du rétrécissement, ou le degré de disproportion entre la tête et le détroit et surtout on renonce trop vite à l'espoir de l'accommodation par les forces naturelles. »

C'était aussi l'opinion de Budin, qui resta fidèle au forceps et fut un ardent défenseur des applications obliques au détroit supérieur.

Pendant longtemps, on le voit, en présence des rétrécissements du bassin, les accoucheurs s'en tinrent aux procédés d'extraction forcée, version ou forceps, et en cas d'échec dans les bassins très dystociques, à la mutilation de l'enfant; car la césarienne abdominale était un procédé d'exception en raison des risques effrayants qu'elle faisait courir à la mère pendant la période pré-aseptique.

Nous n'avons pas l'intention de rappeler ici les querelles et les discussions qu'a soulevées la question du forceps ou de la version.

Actuellement l'un et l'autre ont leurs indications bien posées. La version est préférable chez les multipares dans les bassins aplatis purs, dans les bassins aplatis et généralement rétrécis dont l'arc antérieur est de grande courbure, lorsque la tête est mobile au détroit supérieur et qu'on peut espérer l'engager en flexion modérée. Si elle ne peut passer qu'en flexion forcée, la version est mauvaise, car même avec le procédé de Champetier de Ribes, on ne pourra fléchir suffisamment, la tête se présentant dernière. Le forceps est indiqué chez les primipares, dans les bassins généralement rétrécis et les bassins aplatis et généralement rétrécis dont l'arc antérieur est de court rayon, lorsqu'on est en présence d'une tête amorcée ou fixée et qui ne pourra s'engager que fortement fléchie.

Mais, actuellement, plusieurs accoucheurs réprouvent ces procédés d'extraction forcée. M. Pinard, en 1879 (art. forceps du *Dictionnaire des Sciences médicales*) se déclarait partisan des applications de for-

ceps au détroit supérieur. A cette époque, il reconnaissait la difficulté de faire des prises symétriques de la tête et préconisait les prises obliques. Plus tard, en 1889, dans la thèse de son élève Lepage, il abandonna les prises obliques et conseilla les applications antéro-postérieures. Puis, dès 1891, il se fait le propagateur des interventions sanglantes dans la thérapeutique des rétrécissements pelviens. Le forceps devient un instrument mauvais, céphalotribe, et il entreprend contre son usage une campagne dans laquelle le suivent et le secondent ses élèves. Dès lors, dans tous les cas où la tête est retenue au détroit supérieur, qu'elle soit mobile, amorcée ou fixée, « il faut laisser le forceps et même la version pour pratiquer l'agrandissement momentané du bassin par la symphyséotomie. » Actuellement il a abandonné la symphyséotomie, et tout bassin rétréci n'est plus justiciable que de la césarienne abdominale.

MM. Farabeuf et Varnier, après avoir avec M. Pignard conseillé le forceps et la prise antéro-postérieure, se sont, eux aussi, élevés contre son emploi. « J'admets, dit Farabeuf, qu'un praticien pris au dépourvu et n'ayant qu'un forceps s'en serve dans les rares cas d'inertie utérine pour essayer d'engager la tête dans un grand détroit supérieur, grand naturellement, ou grand parce que la symphyséotomie l'a agrandi. » Mais il s'élève avec énergie contre « l'épouvantable nocuité du forceps sur une tête retenue dans le ventre, à l'entrée mais au-dessus du détroit supérieur insuffisant dans son diamètre antéro-postérieur promonto-pubien, au-dessus d'un de ces bassins

aplatis qui sont la monnaie courante des rétrécissements ». Et il démontre que le forceps dans ce cas est nettement céphalotribe, car la force exercée sur la tête foetale serait égale à la force de traction décuplée. « Tel de mes élèves tirant d'une seule main faisait dire au dynamomètre que la tête subissait une pression de 250 kilogrammes. »

Nous avons dit déjà qu'en Allemagne Münchmeyer, Schmidt, Wahl appliquaient de moins en moins le forceps au détroit supérieur.

En France, MM. Ribemont-Dessaigne et Lepage, dans leur *Traité d'Obstétrique*, ne sont pas plus bienveillants que MM. Pinard, Farabeuf et Varnier pour ce genre d'intervention. « Cette opération, qui pendant un certain temps a été l'objet d'assez nombreuses discussions, perd à l'heure actuelle une partie de son intérêt par suite de la rénovation de la symphyséotomie et de l'abandon du forceps dans les bassins rétrécis. »

En somme, actuellement, la tendance générale des accoucheurs est aux interventions sanglantes. Mais les uns les veulent à tout prix, dans tous les cas de dystocie pelvienne. D'autres plus éclectiques, avec Fochier, Budin, M. Bar et l'Ecole lyonnaise, jugent que tous les rétrécissements du bassin ne sont pas justiciables d'une méthode uniforme de traitement. Aussi, tout en faisant la part plus large qu'autrefois à la césarienne et à la pubiotomie, ils pratiquent aussi l'accouchement prématuré artificiel, et l'extraction forcée suivant les cas, et, tout en restreignant l'usage du forceps au détroit supérieur,

ils conseillent néanmoins de le conserver. Cette façon de voir est-elle légitime? et dans quels cas? C'est ce que nous allons essayer d'examiner impartialement en analysant les observations que nous avons pu recueillir. Mais auparavant nous voulons discuter la valeur des différents moyens d'appliquer le forceps au détroit supérieur, qui ont été proposés, et pour faciliter cette discussion, nous la ferons précéder d'une étude résumée de l'engagement des présentations du sommet dans les bassins rétrécis.

CHAPITRE II

De l'engagement dans les bassins rétrécis.

Le mécanisme de l'engagement de la tête fœtale dans les bassins rétrécis est trop bien connu depuis les travaux de Michaelis, de Nœgelé, de Litzmann, de Schröder, de Fochier, pour que notre intention soit d'en reproduire une étude détaillée.

Nous devons à Fochier une classification clinique des rétrécissements du bassin basée, non plus sur des considérations pathogéniques, mais sur le nombre des diamètres d'engagement que peuvent offrir à la tête fœtale les différents types de bassins viciés. Il classe donc les bassins suivant qu'ils présentent un, deux, ou un nombre indéterminé de diamètres d'engagement. Nous nous contenterons de rappeler brièvement les conditions d'engagement dans les formes les plus courantes de bassins rétrécis, et nous distinguerons :

1° Des bassins à un seul diamètre d'engagement transversal :

Bassins plats;

Bassins aplatis et généralement rétrécis.

2° Des bassins à deux diamètres obliques d'engagement :

Bassins généralement rétrécis.

3° Des bassins qui peuvent présenter un, deux, trois, ou un nombre indéterminé de diamètres d'engagement :

Bassins asymétriques.

De l'engagement dans les bassins aplatis purs.

Le bassin aplati pur est un bassin dans lequel la modification principale consiste en une réduction plus ou moins forte du diamètre antéro-postérieur promonto-pubien. Les autres diamètres du détroit supérieur sont le plus souvent conservés. Le diamètre transverse médian est normal, quelquefois même agrandi : il peut mesurer 14 centimètres. L'arc antérieur est arrondi et de grande courbure. L'on sait quelle importance Fochier attribuait à la connaissance exacte de la forme de l'arc antérieur, dont la mensuration difficile à déterminer d'une façon précise, exige une grande éducation clinique du toucher.

Dans un pareil bassin, la tête, obéissant comme toujours à la loi de l'accommodation, tendra à orienter ses plus grands diamètres suivant les plus grands diamètres du bassin.

Dans le bassin aplati pur, les obliques restent normaux, mais la projection du promontoire les rend inutilisables. Le seul diamètre utilisable est ici le transverse médian. La tête orientera donc son diamètre sagittal, occipito-frontal, en transverse. De plus, elle va s'engager dans une situation intermédiaire à la flexion et à la déflexion. Voici pourquoi : Sous l'influence des contractions utérines, la tête

plus ou moins fléchie prend contact avec le pourtour du détroit supérieur. Le diamètre bi-pariétal se trouve alors en rapport avec le promonto-pubien. Mais ce promonto-pubien est diminué; il peut ne mesurer que 9 centimètres et moins, et le bi-pariétal qui normalement mesure 9 1/2 ne pourra s'y engager. Les bosses pariétales glissent vers le côté du bassin qu'occupe l'occiput. La bosse pariétale postérieure se loge dans le sinus sacro-iliaque correspondant, la bosse pariétale antérieure entre la symphyse et l'éminence ilio-pectinée. L'arc antérieur de grande courbure permet facilement cette adaptation.

De ce mouvement de translation il résulte :

1° Qu'au diamètre primitif bi-pariétal trop grand pour se loger dans le promonto-pubien rétréci se substitue un diamètre plus petit et plus réductible, un bi-pariétal antérieur, intermédiaire au bi-pariétal et au bi-temporal ;

2° Que l'occiput vient buter contre la ligne innominée. Ce contact oblige la tête à se défléchir. Ce mouvement de déflexion est d'ailleurs limité par la rencontre à l'autre extrémité du diamètre transverse des bosses frontales et de la ligne innominée.

**De l'engagement dans les bassins aplatis
et généralement rétrécis.**

Cette forme de bassin est caractérisée anatomiquement par une diminution de tous les diamètres du détroit supérieur, avec prédominance de cette diminution sur le promonto-pubien. La projection

de la partie supérieure du sacrum amène la réduction de la distance sacro-cotyloïdienne et rend inutilisables les diamètres obliques déjà réduits. La projection vers le centre du bassin des régions cotyloïdiennes provoquera une réduction plus ou moins forte du transverse médian et un redressement plus ou moins marqué de l'arc antérieur.

Nous sommes donc amenés à envisager deux types de bassins aplatis et généralement rétrécis :

1° Un bassin dont le transverse médian est peu diminué et dont l'arc antérieur conserve une courbure à peu près normale ;

2° Un bassin dont le transverse médian est très réduit et dont l'arc antérieur est redressé.

Premier type : La tête se présente en attitude transversale. Au moment où elle prend contact avec le détroit supérieur, elle est en flexion ou bien en attitude intermédiaire. Si elle est en flexion primitive, le bi-pariétal ne pourra pas échapper au promonto-pubien réduit. Une dystocie des plus sérieuses en sera la conséquence. Au contraire, si la tête se présente peu fléchie, il va se produire un artifice d'engagement décrit par Fochier sous le nom de doublement du promontoire.

La tête s'oblique légèrement ; la bosse pariétale postérieure glisse sur une des faces latérales du promontoire et s'engage. A ce moment seulement se produit la flexion qui permet à la bosse pariétale antérieure de s'engager à son tour.

Second type : Ces bassins sont essentiellement dystociques. Le transverse médian est réduit, mais reste

néanmoins le seul diamètre possible, puisque le redressement de l'arc antérieur et la projection du promontoire rendent les obliques inutilisables.

La tête se présentera forcément en transverse et fortement fléchie, substituant au sous-occipito-frontal, un diamètre sous-occipito-bregmatique beaucoup plus petit. Même dans cette position, la tête devra se modeler au maximum, l'arc antérieur est inutilisable, le pronostic de l'accouchement est sombre.

De l'engagement dans les bassins généralement rétrécis.

Dans ces bassins, le rapport des différents diamètres reste le même que dans les bassins normaux.

Le bassin généralement rétréci est un bassin normal en miniature. Il présente donc comme le bassin normal deux diamètres d'engagement, les diamètres obliques. C'est suivant l'un d'eux que le pôle foetal s'engagera. La tête, forcée de s'engager dans un oblique réduit, ne pourra s'y adapter qu'en substituant au diamètre sous-occipito-frontal trop grand un sous-occipito-bregmatique plus petit.

Du degré plus ou moins accentué du rétrécissement dépendra en partie le pronostic de l'accouchement.

De l'engagement dans les bassins asymétriques.

Les bassins véritablement symétriques sont rares, « mais un bassin ne rentre dans la classe des bassins asymétriques que lorsque l'asymétrie est assez accusée pour pouvoir imprimer une marche spéciale à

l'engagement et créer une dystocie plus ou moins imminente. » (Plauchu). L'asymétrie peut être légère, moyenne ou forte.

Dans le cas d'asymétrie légère, les deux diamètres obliques et le transverse peuvent être utilisés par la présentation. Dans le cas d'asymétrie moyenne, l'aplatissement d'un des côtés du bassin, amenant une réduction de la distance sacro-cotyloïdienne correspondante, rend inutilisable le diamètre oblique long. La tête s'engagera dans le diamètre oblique court et en flexion forcée.

Dans le bassin très asymétrique, « il n'y a plus d'oblique long ou d'oblique court, c'est un bassin circulaire au point de vue de son utilisation par la tête ». La tête s'engagera en flexion forcée, par sa circonférence sous-occipito-bregmatique. L'orientation de la tête importe peu, tous les diamètres du bassin étant grossièrement égaux.

C'est un bassin à nombre indéterminé de diamètres d'engagement ; le type en est le bassin oblique ovalaire de Nœgelé.

Mouvements accessoires de rotation de la tête au cours de l'engagement dans les bassins rétrécis.

Avec Fochier, on admet à Lyon que, dans un bassin normal, il y a, au cours de l'engagement, concordance entre l'axe occipito-mentonnier de la tête et l'axe du détroit supérieur.

On observe encore ce synclitisme dans les bassins faiblement aplatis.

Mais, dans les bassins plus dystociques, cette concordance des axes n'existe plus. On voit la tête fœtale tourner autour de son axe sagittal : il y a présentation d'un des pariétaux. Nous pensons avec Litzmann, Fochier et son école, que la présentation du pariétal antérieur est la règle, contrairement à l'opinion parisienne, qui la considère comme une exception.

Fochier l'a rencontrée trois fois sur quatre. La présentation du pariétal postérieur est donc beaucoup moins fréquente et s'observe surtout dans les bassins aplatis et généralement rétrécis.

En résumé, dans les bassins aplatis, et aplatis et généralement rétrécis, l'engagement se fait en transverse, en position intermédiaire ou en flexion forcée. Dans les bassins généralement rétrécis, l'engagement se fait en oblique et en attitude hyperfléchie. Il en est de même dans les bassins asymétriques, sauf dans le cas d'asymétrie forte, ou le diamètre d'engagement est indifférent, l'aire du détroit supérieur utilisable pour l'engagement étant à peu près circulaire.

CHAPITRE III

Des différentes façons d'appliquer le forceps au détroit supérieur.

Maintenant que nous connaissons les phénomènes mécaniques de l'engagement de la tête fœtale dans les bassins rétrécis, examinons comment nous introduirons le forceps pour aller saisir cette tête si elle ne peut franchir spontanément le détroit supérieur.

Nous l'avons dit dans un chapitre précédent, les accoucheurs ont beaucoup discuté sur ce point. Les uns, surtout les accoucheurs allemands, conseillent d'introduire le forceps dans le diamètre transverse du bassin. D'autres préconisent l'application dans un diamètre oblique ; d'autres, enfin, dans le diamètre antéro-postérieur. Quelle est la valeur de chacun de ces procédés ? Nous allons tâcher de faire ressortir leurs avantages ou leurs inconvénients dans chacun des types courants de bassins viciés.

I. APPLICATION DU FORCEPS DANS LE DIAMÈTRE TRANSVERSE

Ce mode d'application est connu aussi sous le nom « d'application à l'allemande ». C'est, en effet, cette façon d'opérer que conseillent Litzmann, Nœ-

gelé, etc... et les accoucheurs allemands en général. Et *a priori* elle peut paraître séduisante, car seule elle est vraiment régulière par rapport au bassin : chacune des cuillers placée à une extrémité du diamètre transverse occupe la moitié du bassin à laquelle sa courbure la destine.

Mais comment le forceps ainsi introduit va-t-il saisir la tête fœtale, mobile ou fixée, dans un bassin plat, aplati et généralement rétréci, ou généralement rétréci ?

1° Dans un bassin aplati pur.

a) La tête fœtale est mobile ou mobilisable.

L'introduction dans le diamètre transverse qui dans cette forme de bassin est normal, quelquefois même agrandi, sera facile, rien ne venant gêner le passage des cuillers.

Mais la prise de la tête mobile sera difficile. On ne pourra la saisir suivant son diamètre antéro-postérieur. Lorsqu'on tentera de rapprocher les deux branches du forceps pour les articuler, la tête, mobile, tournera entre les cuillers, de façon à s'adapter à la courbure céphalique de l'instrument. Le forceps, en effet, est construit pour saisir la tête suivant son diamètre bi-pariétal. En outre, la tête primitivement en transverse, va s'orienter dans un diamètre oblique, ainsi que le forceps, condition défavorable à l'engagement dans un bassin plat, et lorsqu'elle franchira le détroit supérieur, le promontoire projeté déterminera une forte compression de la bosse frontale postérieure, et quelquefois même une fracture.

b) La tête est fixée en transverse, en attitude intermédiaire, synclite.

Dans ce cas la tête sera saisie suivant un diamètre sagittal.

Il peut arriver que les cuillers du forceps ne soient pas portées assez haut. La grande circonférence de la tête fœtale restera au-dessus de la grande circonférence des cuillers, la prise sera précaire, le forceps dérapera dès les premières tractions.

Ou bien les cuillers auront été introduites assez haut. L'une d'elles porte en plein sur la face, l'autre embrasse l'occiput et son bec est au contact de la nuque.

La prise ainsi faite est solide. L'engagement sera pourtant difficile : la compression du diamètre antéro-postérieur de la tête, par le forceps, amènera une augmentation du diamètre perpendiculaire, bipariétal, déjà trop grand pour le promonto-pubien rétréci. En outre l'instrument, si les tractions sont énergiques, écrasera la face du fœtus ; le bec de la cuiller occipitale s'enfoncera plus ou moins dans la nuque.

2° Dans le bassin aplati et généralement rétréci.

Par rapport au bassin, l'application à l'allemande, tout en étant régulière, est ici moins favorable, car, nous le savons, le transverse médian est diminué et le forceps le réduira encore.

a) Si la tête est mobile ou mobilisable, l'application est mauvaise : la tête tourne dans les cuillers, et se met dans un diamètre oblique. L'engagement, si toutefois il est possible, se fera dans de plus mau-

vaies conditions encore que dans le bassin aplati pur à cause de la réduction de la distance sacro-cotyloïdienne.

b) La tête est fixée en transverse et très fléchie. Supposons qu'elle soit en O I G T.

La branche gauche est introduite première. La cuiller embrasse l'occiput, le bec porte sur la nuque. Si la branche droite, introduite seconde, n'est pas portée assez haut, la prise n'est pas solide, le forceps dérape. Si, au contraire, elle est portée jusque sur la face, comme la tête est très fléchie, cette cuiller sera située plus haut que sa congénère. On ne pourra pas articuler le forceps; ou bien on y arrivera, mais en défléchissant la tête, ce qui va à l'encontre des conditions d'engagement dans le bassin aplati et généralement rétréci.

3° Dans le bassin généralement rétréci.

La tête s'engage dans un des diamètres obliques et très fléchie.

a) La tête est mobile, ou mobilisable. Les cuillers introduites dans le diamètre transverse saisiront la tête d'une bosse frontale à une région voisine de la mastoïde postérieure. Ici encore la tête mobile s'adaptant à la courbure céphalique du forceps s'obliquisera de même que l'instrument. Les conditions normales de l'engagement dans les bassins généralement rétrécis se trouveront réalisées.

Dans ce cas l'application dans le diamètre transverse du bassin, ainsi transformée en application oblique, peut donner des résultats satisfaisants.

b) La tête est fixée.

On fait ainsi une prise mastoïdo-frontale qui persistera, à moins que l'instrument ne s'oblique. Dans cette dernière hypothèse, la prise mastoïdo-frontale primitive devient bi-pariétale. Les conditions favorables à l'engagement sont encore réalisées.

II. APPLICATION DU FORCEPS DANS LE DIAMÈTRE ANTÉRO-POSTÉRIEUR

C'est l'application recommandée et pratiquée par Smellie, Baudelocque, M^{me} Lachapelle. Une cuiller est introduite en avant du sacrum, l'autre en arrière de la symphyse pubienne. M. Pinard, au temps où il se servait encore du forceps au détroit supérieur, avait recours à cette application et son élève Lepage a insisté sur ses nombreux avantages dans sa thèse inaugurale de 1889. Enfin, l'on trouve dans Fara-beuf et Varnier un excellent exposé de la technique opératoire. D'autre part, de nombreuses critiques ont été faites à ce mode d'application par Pajot, Budin (Obstétrique 1828), MM. Bar et Gueniot. Tout d'abord, d'une façon générale, cette application incorrecte par rapport au bassin est réellement difficile à effectuer sur une tête au détroit supérieur.

Voyons maintenant ses avantages ou ses inconvénients dans chaque variété de bassin.

1) Bassin aplati pur : Remarquons tout d'abord qu'*a priori* il est peu logique d'introduire l'instrument suivant le diamètre le plus réduit, augmentant ainsi la cause de dystocie.

La tête est mobile. Si, au cours de l'application, elle ne s'oriente pas en oblique, la prise, quoique

difficile, est idéale par rapport à la tête : c'est une prise bi-pariétale. Il en est de même lorsque cette application est pratiquée sur une tête fixée.

L'extraction est des plus pénible. En raison de la direction de l'instrument ainsi placé, les manches du forceps appuyant sur le périnée, les tractions sont très difficiles. De plus, elles nécessiteront un déploiement de force considérable : Pajot a comparé dans ce cas le forceps à un porte-crayon, dont la virole serait le pourtour inextensible du détroit supérieur. Plus les tractions tendront à engager le porte-crayon dans la virole et plus le crayon, c'est-à-dire la tête, sera comprimé. Farabeuf a calculé que la pression supportée dans ce cas par la tête était égale à la force de traction décuplée.

2) Bassins aplatis et généralement rétrécis, et bassins généralement rétrécis :

Les mêmes critiques s'adressent à l'application antéro-postérieure dans des bassins généralement rétrécis, ou aplatis et généralement rétrécis.

Nous n'insisterons pas davantage et nous passerons à la discussion des applications dans les diamètres obliques.

III. APPLICATION DU FORCEPS DANS UN DIAMÈTRE OBLIQUE

Cette application, tentée par Smellie lorsqu'il ne pouvait faire une prise antéro-postérieure, fut conseillée plus tard par Cazeaux, Wasseige, Hubert (de Louvain), Budin, Maygrier, Fochier et l'Ecole lyonnaise. Que la tête soit en transverse ou en oblique, la

technique est la même : on introduit la cuiller postérieure en avant d'une symphyse sacro-iliaque et l'autre en arrière de l'éminence ilio-pectinée du côté opposé. Le manuel opératoire est simple et sûrement plus facile à réaliser que dans l'application antéro-postérieure. Cette prise, par rapport au bassin, n'est pas plus correcte que la précédente. D'ailleurs, la seule application correcte à ce point de vue, l'application à l'allemande, est le plus souvent déplorable pour le fœtus.

Quels sont les résultats de cette application dans les différents bassins ?

1) Bassin aplati pur :

a) Si la tête est mobile, comme toujours, quelle que soit l'application faite, la tête tourne dans les cuillers, la prise primitivement mastoïdo-frontale devient bi-pariétale ; la tête s'oriente en oblique. Le résultat obtenu est mauvais. La bosse frontale postérieure risque de se fracturer sur la saillie du promontoire.

b) Si la tête est fixée en position transversale, la prise mastoïdo-frontale persiste. Elle n'est pas très régulière. Chacune des cuillers n'appuie sur le pôle fœtal que par un de ses bords. Néanmoins la prise est généralement solide, et, d'autre part, le bi-pariétal en rapport avec le promonto-pubien réduit n'est pas augmenté, car le bi-pariétal n'est pas dans ce cas le diamètre perpendiculaire au diamètre comprimé par les cuillers.

2) Bassins aplatis et généralement rétrécis :

Au point de vue des applications obliques, ces

bassins sont en tous points comparables au bassin aplati pur. L'application en oblique présente les mêmes inconvénients si la tête est mobile, les mêmes avantages si la tête est fixée.

La prise mastoïdo-frontale se fait en général de la bosse frontale antérieure à la mastoïde postérieure. Cependant, rappelons que Fochier a conseillé de faire parfois l'application inverse, de la mastoïde antérieure à la bosse frontale postérieure. C'est surtout dans les bassins aplatis et généralement rétrécis à arc antérieur redressé, où la tête se présente souvent en asynclitisme postérieur, que Fochier préconise cette prise. Elle a un double avantage :

1° Elle laisse à la bosse frontale antérieure la possibilité de se modeler sur l'arc antérieur plus ou moins redressé. 2° Dans le cas de présentation du pariétal postérieur, elle permet, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, d'abaisser le pariétal antérieur, tout en fléchissant la tête par un artifice de traction.

3) Bassins généralement rétrécis :

Dans ces bassins, que la tête soit mobile ou fixée, une application oblique aboutit toujours à une prise bi-pariétale. Les difficultés de l'application sont évidemment plus considérables si la tête est mobile. La prise primitive peut être d'abord mastoïdo-frontale et ce n'est que secondairement que la tête s'oblique sous la pression des cuillers et que la prise devient bi-pariétale.

Budin fit à plusieurs reprises des démonstrations assez concluantes en faveur des applications obliques

dans les bassins rétrécis. Il opérait sur un mannequin dont on réduisait plus ou moins le diamètre antéro-postérieur. Il constata que, lorsque le rétrécissement était assez accentué pour ne pouvoir engager une tête, avec une application à l'allemande ou une prise antéro-postérieure, il arrivait parfois à l'engager avec une prise oblique. En revanche, lorsque la prise oblique échouait, les deux autres ne réussissaient pas davantage. En résumé, l'application à l'allemande, régulière par rapport au bassin, est le plus souvent néfaste pour le fœtus, en raison de la compression de la face qu'elle provoque.

Elle n'est admissible que dans le cas de rétrécissement transversal du bassin, lorsque la tête est orientée dans le diamètre antéro-postérieur. Dans ce cas, en effet, c'est l'application idéale régulière par rapport à la tête, régulière par rapport au bassin.

L'application antéro-postérieure n'est régulière ni par rapport au bassin, ni par rapport à la tête fœtale. La tactique opératoire est difficile, et, dans tous les cas, elle fait courir à la tête des risques de compression parfois énorme.

L'application oblique n'est pas régulière par rapport au bassin. Sauf dans le cas de bassin généralement rétréci, elle n'est pas non plus régulière par rapport à la tête. Dans la plupart des cas, cependant, elle permet une prise solide, permet l'engagement dans les conditions les plus favorables, et fait courir à la tête fœtale le moins de risques possibles. Elle n'est réellement contre-indiquée que dans les bassins aplatis purs, sur des têtes mobiles. Dans ce

cas, d'ailleurs, aucune application de forceps n'est bonne. C'est à la version qu'il faudrait avoir recours.

Comment fait-on une application oblique ?

Dans les bassins généralement rétrécis la tête étant orientée suivant un diamètre oblique, on placera l'instrument dans l'autre diamètre oblique et l'on introduira première la cuiller postérieure et seconde la cuiller antérieure.

Dans les bassins aplatis, et aplatis et généralement rétrécis, la tête étant orientée en transverse, l'on introduira première la cuiller qui doit s'appliquer sur la mastoïde postérieure et seconde la cuiller qui portera sur la bosse frontale antérieure. A moins qu'il ne soit indiqué de faire une application mastoïdo-frontale inverse. Dans quel cas l'ordre d'introduction sera renversé : On introduira première la cuiller qui portera sur la bosse frontale postérieure et seconde la cuiller mastoïdienne antérieure. En d'autres termes, on fait l'application dans l'autre diamètre oblique.

Dans les bassins généralement rétrécis et aplatis et généralement rétrécis, en raison de la réduction parfois marquée de la distance sacro-cotyloïdienne que présentent ces bassins, on peut éprouver de la difficulté à introduire la cuiller postérieure dans un sinus sacro-iliaque. Quelquefois même, quoi qu'on fasse, la cuiller postérieure se place à l'extrémité du diamètre transverse et la prise est alors moins régulière.

Quant à la cuiller antérieure, il faut toujours veiller à lui bien faire contourner la tête, de façon que,

l'ayant introduite primitivement en bas et en arrière, on arrive à la placer finalement en haut et en avant derrière l'éminence ilio-pectinée. C'est la manœuvre du tour de spire de M^{me} Lachapelle. Si elle est mal exécutée, la prise sera irrégulière et l'on aura de la peine à articuler les branches de son forceps.

CHAPITRE IV

Tractions.

On se sert peu, à Lyon, pour les applications au détroit supérieur, du forceps de Tarnier. Cet instrument est évidemment excellent tant au point de vue des tractions suivant l'axe du canal pelvien, que de la prise solide qu'il permet de faire dans l'excavation sur une présentation du sommet ou de la face déjà engagée. Mais, en raison de sa courbure céphalique plus accentuée, on lui préfère, pour les applications au détroit supérieur, le forceps de Levret modifié par le professeur Laroyenne. Cette modification consiste à faire dans les bords de chaque cuiller une perforation correspondant au centre de figure de la tête fœtale saisie par les cuillers. Dans ces perforations on passe de chaque côté un solide lacs en forte toile qui servira d'appareil de traction.

C'est au moyen de cet instrument que l'on fait, à Lyon, dans les maternités, presque toutes les applications de forceps au détroit supérieur.

Je ne veux pas développer tout au long les avantages que présente ce mode de traction, sur le tracteur rigide de l'instrument de Tarnier. On les trouvera admirablement mis en lumière dans la thèse inaugurable de mon maître, M. le docteur Voron. Je me contenterai de les énumérer. Mais,

auparavant, nous rappellerons que, plus encore peut-être que dans l'excavation, une application bien faite de forceps au détroit supérieur doit permettre :

1° De saisir la tête aussi solidement et aussi régulièrement que possible, tout en respectant son orientation primitive et en profitant du modelage que les contractions extérieures ont pu lui faire subir avant l'intervention ;

2° De ne pas comprimer fortement la tête fœtale, de lui laisser une certaine mobilité, afin qu'elle puisse exécuter les divers mouvements de rotation nécessaires pour que l'engagement se fasse dans de bonnes conditions ;

3° D'exercer des tractions autant que possible dans l'axe du détroit supérieur.

Avec un Levret muni de lacs l'on arrive à répondre à peu près à toutes ces conditions.

Grâce à sa courbure céphalique très accentuée, il permet d'aller saisir solidement une tête fixée, et même quelquefois encore mobile, au détroit supérieur.

Si, comme le conseillait Fochier, on interpose au-dessus de leur articulation un tampon entre les branches du forceps, on évite la compression énergique de la tête, qui conserve sa mobilité.

Avec les lacs, évidemment, on ne tire pas mieux dans l'axe du détroit supérieur qu'avec le tracteur de Tarnier. Il faudrait, pour pouvoir tirer vraiment dans l'axe, scier préalablement le périnée jusqu'au coccyx. En l'occurrence, le tracteur de Tarnier a

même cet avantage sur les lacs, que sa pression endommage moins le périnée que la pression des lacs.

Mais les lacs, cependant, présentent sur les trakteurs rigides de nombreux avantages.

« Tout d'abord, comme le dit Demelin, ils assurent la mobilité parfaite de la tête, « en se tendant « sous l'influence de la traction ; ils laissent toute « indépendance au système constitué par la tête coiffée de l'ellipse instrumentale ».

« L'insertion au niveau du centre de figure, tout en donnant à la tête une parfaite mobilité, représente en quelque sorte la correction de l'excentricité des tractions, et fait que cette excentricité n'impose au système céphalo-instrumental aucun mouvement dangereux pour la tête en compromettant la descente.

« Cette insertion permet de déterminer la fraction de l'effort qui est employée pour la descente de la tête et ainsi, en faisant que les tractions soient comparables entre elles, de fixer un maximum de forces compatible avec la survie de l'enfant. »

Enfin les lacs permettent, dans certains cas, d'user de certains artifices de tractions : tractions combinées, tractions sur un seul lac lorsqu'on est obligé de modifier certaines positions anormales de la tête qui nuiraient à l'engagement : défaut de flexion, asynclitisme antérieur ou postérieur trop accusé.

Comment tire-t-on sur les lacs ?

On peut tirer sur les deux lacs ou sur un seul. On peut tirer sur les lacs, en faisant des tractions combinées.

1^o TRACTION SUR LES DEUX LACS, SEULS :

On tire sur les lacs seuls, sur les têtes en attitude intermédiaire à la flexion et à la déflexion, et en asynclitisme antérieur.

Le forceps muni de lacs est introduit dans les voies génitales et va saisir la tête arrêtée au détroit supérieur. On noue ensemble les deux extrémités des lacs qui pendent à la vulve et l'on passe au point de jonction une barre transversale sur laquelle on exerce les tractions.

Un aide assis par terre, les jambes étendues sous le lit, saisit le tracteur à pleines mains et tire autant que possible uniquement avec les avant-bras.

L'opérateur s'abstient de tirer sur les manches du forceps pour ne pas contrarier les effets des tractions. Il surveille la position de l'instrument, indique à l'aide la direction qu'il doit donner aux tractions et la force qu'il doit déployer. Il se rend compte de la progression de la tête et veille enfin à ce que le forceps ne dérape point, se tenant prêt, si cet accident survenait, à retenir l'instrument dont la brusque sortie pourrait blesser plus ou moins dangereusement la mère.

Lorsqu'on tire ainsi sur les lacs, l'axe des tractions fait avec l'axe du détroit supérieur un angle d'environ 30 degrés. En somme, on tire trop avant. « Cette direction défectueuse fait perdre une partie de la force employée, ce qui serait peu important si cette perte n'avait pour effet de comprimer la tête contre la paroi antérieure du bassin, d'aug-

menter le frottement sur ce point et, par suite, d'être un obstacle à l'engagement de la portion antérieure de la tête. En réalité, cette direction vicieuse est compensée presque complètement par l'insertion au centre de figure.

« Mais, quoi qu'il en soit, l'inconvénient que nous venons de signaler sera un avantage lorsqu'il s'agira de produire l'engagement par rotation du pariétal postérieur retenu au-dessus du promontoire, autour de la partie inférieure du pariétal antérieur fixé par les pubis.

« La force employée se décompose en deux autres : l'une qui sert à fixer la tête contre les pubis, l'autre qui entraîne le pariétal postérieur dans la direction de l'excavation et tend à produire la coïncidence des plans horizontaux céphaliques avec l'axe du pelvis. Il y a ici deux forces utiles et non plus deux forces nuisibles comme précédemment. » (M. Voron.)

2^e MANŒUVRE COMBINÉE :

La manœuvre combinée est indiquée surtout dans le cas de présentation du pariétal postérieur.

La présentation du pariétal postérieur est rare, du moins, et nous l'avons déjà dit, pour Litzmann, Fochier et ses élèves. Elle s'observe surtout dans les bassins aplatis et généralement rétrécis dont l'arc antérieur est de faible courbure.

Les tractions uniquement exercées sur les lacs, nous venons de le voir, auront pour effet, en raison de leur direction trop antérieure, d'engager la présentation dans une attitude anormale.

Par les tractions combinées, on remédiera à cet accident et l'on pourra reproduire le mécanisme de l'engagement normal, c'est-à-dire l'engagement du pariétal antérieur.

Comment fait-on la manœuvre combinée ?

« La malade en position obstétricale est sur un lit élevé. Pendant qu'un aide assis sur un siège bas met de la force sur la tête en tirant sur les lacs, l'opérateur saisit le forceps, une main à l'articulation, une autre à l'extrémité des manches, et refoule contre le promontoire le mobile, tête et forceps, que les lacs pressaient contre les pubis. Il peut bien, évidemment, effectuer ce refoulement soit directement en arrière, soit plus utilement à la fois en arrière et en bas. Ce qui est certain, c'est qu'il est arrivé souvent, à mes élèves aussi bien qu'à moi, de voir la manœuvre combinée engager une tête qui avait résisté à de longs efforts. (Fochier.)

3° TRACTION SUR UN SEUL LACS :

Les tractions sur un lac seulement, lac antérieur ou lac postérieur, sont aussi un excellent moyen, et qu'il ne faut pas négliger, lorsqu'on veut engager une présentation du sommet en asynclitisme trop accentué.

Nous venons de voir les résultats heureux que l'on peut espérer des tractions sur les lacs seuls dans le cas d'asynclitisme antérieur, et de la manœuvre combinée si c'est, au contraire, le pariétal postérieur qui se présente.

L'on comprend sans peine tout le bénéfice que

l'on pourra retirer de tractions plus énergiquement exercées sur le lacs antérieur dans le cas d'asynclitisme postérieur, et réciproquement sur le lacs postérieur dans le cas d'asynclitisme antérieur.

Logiquement, il en est ainsi dans un bassin généralement rétréci et sur une tête saisie suivant son diamètre bi-pariétal.

Mais, dans le cas de bassin aplati et généralement rétréci, avec une prise mastoïdo-frontale type, c'est-à-dire de la mastoïde postérieure à la bosse frontale antérieure, que va-t-il se passer? Dans cette forme de bassin, on le sait, la présentation du pariétal postérieur est fréquente. Pour remédier à cette attitude anormale, dystocique, il faudra essayer d'engager le pariétal antérieur en tirant sur le lacs correspondant. Dans ce cas, la traction sur le lacs antérieur donne de mauvais résultats, car elle s'exerce sur la bosse frontale et la tête tend à se défléchir. Et nous savons que, dans le bassin aplati et généralement rétréci, la tête ne peut s'engager qu'en flexion forcée.

Il faudrait, en somme, que la traction sur le lacs antérieur produisît la flexion de la tête en même temps que l'engagement de la région pariétale antérieure, ce qui est irréalisable avec la prise mastoïdo-frontale type. C'est pourquoi Fochier préconisait, dans les cas d'asynclitisme postérieur, la prise mastoïdo-frontale inverse, de la mastoïde antérieure à la bosse frontale postérieure. Une telle prise laisse tout d'abord la bosse frontale antérieure libre et lui permet de se modeler plus facilement sur l'arc antérieur redressé. Enfin, les tractions sur le lacs anté-

rieur, mastoïdien cette fois, fléchiront la tête tout en abaissant le pariétal antérieur.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette propriété de la traction unilatérale de fléchir ou de défléchir la tête, suivant qu'elle s'exerce sur le lacs frontal ou le lacs mastoïdien.

Toute traction sur le lacs frontal tend à défléchir la tête et toute traction sur le lacs mastoïdien, au contraire, la fléchit.

Il faut donc, en somme, éviter autant que possible les tractions sur le lacs frontal.

Quel est l'effort de traction que l'on doit déployer sur les lacs ?

Fochier a étudié la limite de la force de traction compatible avec la survie de l'enfant. « Si l'on arrivait, dit-il, à déterminer d'une façon précise le maximum de l'effort de traction compatible avec la survie de l'enfant, on devrait, désormais, une fois ce maximum atteint, sacrifier l'enfant sans multiplier ou prolonger des tentatives dangereuses pour la mère. D'autre part, si ce maximum était, quoique fort élevé, relativement innocent pour la mère, il faudrait bien se poser comme une règle absolue la nécessité de l'atteindre avant de se décider à commettre un meurtre légitime. Avant de passer à la craniotomie j'essaie ce que donnera une forte traction sur les lacs et je me crois, désormais, obligé de dépasser 80 kilogr. » Deux fois, en effet, il a extrait des enfants qui survécurent à des tractions sur les lacs supérieures ou égales à 70 et 80 kilogr. En général, il disait encore que l'on pouvait tirer sur

les lacs avec une force maxima de 50 kilogr. sans dangers pour la mère et avec survie pour l'enfant. « Une traction de plus de 50 kilogr. amène assez souvent un enfant vivant, mais cet enfant succombe, en général, dans la première semaine. »

Actuellement, à Lyon, on n'exerce plus de tractions aussi énergiques. On estime que, malgré tout, de pareils efforts font subir aux parties génitales de la mère, aux parties molles comprimées entre la tête fœtale et le pourtour osseux du détroit supérieur, de graves dangers de compression. Dans une de nos observations, nous verrons que, même avec des tractions moins vigoureuses que celles de Fochier, on a provoqué une disjonction de la symphyse pubienne. Enfin, pour l'enfant, elles sont dangereuses. Vouloir faire passer à tout prix une tête fœtale en disproportion notable avec les diamètres du bassin, ou ayant une orientation défavorable à l'engagement, c'est s'exposer à des compressions dangereuses du crâne, souvent à des fractures.

Nous pensons que, lorsqu'on a exercé sur une tête fœtale des tractions intermittentes, ayant donné 30 à 35 kilogr. au dynamomètre, et répétées à deux ou trois reprises, et que, malgré cela, on n'est pas parvenu à l'engager, il est inutile d'augmenter l'effort. L'application de forceps mériterait alors le reproche de céphalotripsie déguisée. Elle serait, en outre, dangereuse pour la mère. La basiotripsie est alors absolument légitime, à moins qu'il ne soit possible de faire une intervention sanglante acceptée par la mère.

CHAPITRE V

Etude clinique.

Il est des cas de dystocies où il est permis de croire, malgré l'opinion de maîtres éminents, que l'on n'a pas le droit de faire subir à une femme les risques encore nombreux d'une intervention sanglante.

L'on voit des femmes affligées d'un rétrécissement du bassin refuser toute intervention : accouchement prématuré artificiel, césarienne ou pubiotomie à terme.

Une telle mentalité est peut-être déplorable, néanmoins elle existe, et fréquemment. Et l'accoucheur, obligé d'intervenir à terme, n'a que le choix entre les procédés d'extraction forcée ou la mutilation de l'enfant. En dehors des bassins où l'extraction forcée est formellement interdite, en raison d'un rétrécissement si accentué que toute tentative de ce genre peut faire courir des risques certains à la mère, sans donner la certitude d'extraire un enfant vivant, il est des viciations pelviennes assez accentuées, des bassins limites, dans lesquels, avant de se livrer à une embryotomie, l'accoucheur a le devoir de tenter une version ou une application de forceps qui donnera parfois des résultats presque inespérés.

Dans ce cadre des interventions d'urgence, pour

ainsi dire, rentrent les applications de forceps faites sur des femmes ayant subi des touchers, des interventions inefficaces et d'une asepsie douteuse avant d'entrer dans les Maternités. Elles arrivent, ayant fait les eaux depuis plus ou moins longtemps, exténuées, ayant parfois déjà de la température, leur enfant présente des signes de souffrance manifeste.

Là encore, nous ne croyons pas, dans de semblables conditions, sur des femmes infectées ou en puissance d'infection, pour un enfant dont les chances de survie sont problématiques, avoir le droit, actuellement, de faire autre chose qu'une application de forceps modérée, et une mutilation du fœtus si l'extraction forcée échoue.

Enfin il n'est pas rare, dans la pratique obstétricale, de voir des femmes ayant des bassins peu viciés, dans lesquels souvent une application de forceps, faite raisonnablement à terme, donne des résultats excellents pour la mère et pour l'enfant. C'est le cas de ces multipares à bassins si peu dystociques, qu'elles ont pu accoucher déjà deux ou trois fois spontanément, à terme, de beaux enfants vivants, et dont le troisième ou quatrième accouchement nécessite, pour la première fois, une intervention.

Cette façon d'envisager le forceps comme moyen thérapeutique des bassins moyennement viciés est-elle légitime ? Avant de l'affirmer, nous voudrions publier et analyser les cinquante et une observations que nous avons pu recueillir et en connaître les résultats.

OBSERVATIONS

APPLICATIONS AVEC SURVIE DE L'ENFANT

I^{re} OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. A. Pollosson.

Bassin aplati et généralement rétréci.—Promontoire bas.—Accessible à 9,2. — On fait facilement le tour du détroit supérieur.

Mme Marie D..., multipare, 27 ans.

A eu déjà trois accouchements au forceps. Accouche à terme de son quatrième enfant, le 31 octobre 1894. N'avait pas été vue au cours de la grossesse et entre à la Maternité avec des douleurs. Souffrance de l'enfant ; bruits du cœur faibles et irréguliers. Application au détroit supérieur du forceps Tarnier par l'interne du service. Tête en O I G T. Prise mastoïdo-frontale. Après quelques tractions, le forceps dérape. Seconde application, toujours mastoïdo-frontale par M. Pollosson. La tête s'engage après quelques tractions. Extraction d'un enfant vivant de 2 kilog. 500, un peu faible, mais vite ranimé.

Diamètres de la tête fœtale	Occipito frontal.....	11
	Sincipito-mentonnier	13
	Bi-pariétal	9
	Sous-occipito-bregmatique..	9,5

Chevauchement des pariétaux sur l'occiput. Pas de déchirure du périnée ; suites de couches normales.

La même femme eut, en 1900, un accouchement spontané à terme d'un enfant de 2 kilog. 740.

Elle revient accoucher à terme de son sixième enfant, à la Maternité de la Charité, le 20 août 1905.

II^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de MM. Commandeur et Trillat.

Entre à la Maternité à terme et avec des douleurs. Comme elle a accouché spontanément une fois, on compte sur un accouchement spontané ou une extraction facile. Souffrance de l'enfant. Application de forceps avec laes au détroit supérieur, dans un col insuffisamment dilaté. La tête est fixée en O I G T, fléchie et présente son pariétal postérieur ; prise mastoïdo-frontale type. Tractions sur les laes, surtout sur le lac postérieur mastoïdien. Après 15 minutes de traction, on extrait un enfant de 2 kilog. 980, en état de mort apparente, ranimé après 20 minutes de soins. Il présente une dépression de la région temporale gauche, sans fracture, et de la distorsion latérale de la tête. Traces de forceps sur le frontal gauche.

Diamètres de la tête foetale	{	Occipito-frontal	11,2
		Sincipito-mentonnier	9
		Bi-pariétal	8,8
		Sous-occipito-bregmatique...	14,2

Pas de déchirure du périnée. Suites de couches normales.

III^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin généralement rétréci. — Promontoire accessible à 10,5. — Faux promontoire sacré. — Sacrum redressé. — Arc antérieur assez bon.

Mme Caroline B..., bipare.

A eu déjà un enfant mort-né. Elle a refusé l'accouchement prématuré qu'on lui proposait au cours de sa grossesse. Elle vient

accoucher à terme à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 28 mai 1900. Souffrance de l'enfant, qui fait son méconium. Le toucher permet de sentir une présentation du sommet en O I G A très fléchie, fixée, mais mobilisable au détroit supérieur. Présentation du pariétal antérieur, qui chevauche sur le postérieur. Le col n'est pas complètement dilaté, mais il est très dilatable. On fait une application de forceps avec lacs. Prise bi-pariétale. Tractions énergiques sur les lacs pendant 20 minutes, au cours desquelles le chevauchement des pariétaux s'accroît. Enfin, sans qu'on ait senti de ressaut, la tête s'engage et descend, et on extrait un enfant de 3 kilog. 740, en état de mort apparente, ranimé après 20 minutes de soins ; il présente sur le frontal gauche une fracture étoilée, dont le fragment interne est mobile. L'œil gauche est fortement saillant, mais sans luxation complète, la cornée présente un trouble diffus. Le lendemain, l'enfant va assez bien, l'exorbitis a complètement disparu. Pas d'ecchymoses sous-conjonctivales. Gros hématome diffus sous-cutané s'étendant du foyer de la fracture jusque vers l'oreille. Un peu de paralysie faciale gauche. Trois semaines après, la mère et l'enfant vont bien. La cornée s'est éclaircie à peu près complètement ; l'hématome et la paralysie faciale ont disparu, on ne sent plus la fracture.

IV^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Enceinte de nouveau en 1901, Mme B..., malgré les recommandations, n'est pas venue se faire examiner au cours de sa grossesse. Elle entre à la Maternité en plein travail, avec un très mauvais état général, de la bronchite et de l'emphysème et de l'albumine dans les urines. Sous l'influence des douleurs, rupture de la poche des eaux, procidence du cordon ; la tête ne s'engage pas. Les bruits du cœur fœtal deviennent sourds et irréguliers. On décide de faire une application de forceps avec lacs au détroit supérieur. La tête est fortement amorcée en O I D P fléchie ; Prise mastoïdo-frontale inverse de la bosse frontale postérieure

à la mastoïde antérieure. Tractions modérées ; extraction d'un enfant étonné de 2 kilog. 650, présentant une large dépression du frontal droit par l'arc antérieur. Il n'y a pas de trait de fracture perceptible, pas de symptôme de compression ; le lendemain, la mère a 38°, son pouls est rapide, sa dyspnée extrême. Cyanose de la face, râles de congestion dans les deux poumons. Elle meurt quatre jours après l'accouchement, et l'autopsie permet d'attribuer la mort à une congestion intense et étendue des deux poumons. Pas de lésions utérines. Pas de traces de péritonite.

V^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin aplati et généralement rétréci.—PSP, 10,5.—Diamètre utile évalué à 9.—Bassin jugé mauvais.—On propose l'accouchement prématuré à 8 mois, mais la cliente ne reparait à la Maternité qu'à terme.

Mme C..., primipare.

Accouche à terme à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 28 février 1902. Le travail dure depuis 5 heures ; le col est incomplètement dilaté, mais très dilatable. Les douleurs cessent complètement et on décide une application de forceps au détroit supérieur. On applique le forceps, muni de lacs, sur la tête amorcée et moyennement fixée en O I G T. Prise mastoïdo-frontale type. Tractions sur les lacs, intermittentes, de 1 à 2 minutes. Au bout de quelques minutes, on constate que la tête s'est mise en O I G A et que la prise est devenue symétrique, bi-pariétale. Tractions énergiques, de 50 à 60 kilogrammes pendant une demi-heure. Extraction d'un enfant très étonné, ranimé au bout de 10 minutes de soins et pesant 2 kilog. 250.

Diamètres de la tête fœtale	{	Occipito-frontal	12
		Sincipito-mentonnier	13 1/4
		Bi-pariétal	9 1/4
		Sous-occipito-bregmatique	10

Pas de déchirure du périnée ; suites de couches normales.

VI^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

*Bassin généralement rétréci. — Promontoire accessible à 10,2.
— Arc antérieur redressé.*

Mme Louise G..., 32 ans, multipare.

A eu trois accouchements au forceps. Quatrième accouchement à terme, le 3 mars 1903, à la Maternité de la Charité de Lyon. A été examinée pendant la grossesse. On a décidé d'attendre le travail, le bassin étant compatible avec un engagement spontané possible. On décide une application de forceps parce que l'enfant souffre, et que les contractions utérines sont irrégulières et insuffisantes. Application sous anesthésie. La tête est au détroit supérieur en O I G T, légèrement fléchie. Prise mastoïdo-frontale par M. Commandeur. Extraction d'un enfant vivant de 3 kilog. 500. Pas de déchirure du périnée. Suites de couches normales.

Diamètres de la tête fœtale	Occipito-frontal	11,9
	Sincipito-mentonnier	14
	Bi-pariétal	9,5
	Sous-occipito-bregmatique .	10

VII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de MM. Commandeur et Plauchu.

Bassin aplati et généralement rétréci. — Promontoire saillant peu élevé, accessible à 10 1/4. — Arc antérieur ne paraît pas redressé, on fait facilement le tour du détroit supérieur.

Mme Adeline B., primipare.

Accouchement à 8 mois 1/2, à la Maternité de la Charité, le 1^{er} août 1903. La parturiente a des douleurs depuis 24 heures. La tête n'a pas franchi le détroit supérieur ; l'enfant souffre ; les bruits du cœur sont irréguliers, les eaux boueuses. La dilatation du col est à peu près complète. La tête paraît très ossifiée au tou-

cher ; elle est encore mobilisable au détroit supérieur, en position O I G T, modérément fléchie. M. Plauchu fait une application de forceps sans lacs. Prise mastoïdo-frontale type. La tête s'engage. Seconde application symétrique dans l'excavation, qui permet d'extraire un enfant de 2 kilog. 420, étonné, ranimé après 5 minutes de soins. La tête, très ossifiée, présente du chevauchement des pariétaux sur les frontaux et sur l'occipital. Légères traces de forceps au niveau de la bosse frontale droite.

Diamètres de la tête foetale	{	Occipito-frontal	10,4
		Sincipito-mentonnier	11
		Bi-pariétal	9
		Sous-occipito-bregmatique..	8,6

Déchirure incomplète du périnée, sur une étendue de 2 cent. $\frac{1}{2}$.

Périnéorraphie immédiate. Délivrance spontanée. Suites de couches absolument normales.

VIII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin généralement rétréci. — Promontoire accessible à 10,3.

Mme Françoise P..., primipare, 21 ans.

Stigmates de rachitisme sur les membres inférieurs. Vient accoucher un mois avant terme à la Maternité de la Charité, le 25 décembre 1903. Elle a des douleurs depuis le matin. Elle entre avec une bronchite aiguë et 2 grammes d'albumine. Souffrance de l'enfant. Bruits du cœur très irréguliers et très lents. L'interne du service applique le forceps de Tarnier sur la tête fixée au détroit supérieur en O I G A. Prise mastoïdo-frontale type. Tractions pendant 15 minutes. Extraction d'un enfant de 2 kilog. 050, en état de mort apparente, ranimé après 25 minutes de soins.

Diamètres de la tête foetale	{	Occipito-frontal	10,6
		Sincipito-mentonnier	12,2
		Bi-pariétal	8,1
		Sous-occipito-bregmatique..	8,6

Chevauchement des pariétaux sur les frontaux et l'occipital.

Il se fit une vaste déchirure du périnée, nécessitant trois points profonds et trois points superficiels. Délivrance normale. Pendant les suites de couches, la mère eut de la pyélo-néphrite dont elle guérit.

IX^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin aplati et généralement rétréci. — Promontoire peu élevé, peu saillant, accessible à 10 3/4. — Le sacrum paraît redressé.

Mme Françoise R..., multipare.

A eu une fausse couche de 6 mois et un accouchement spontané à terme. Accouchement à terme à la Maternité de la Charité, le 24 avril 1904, où elle entre avec des douleurs, le 23 avril. Insuffisance des contractions ; la tête est arrêtée au détroit supérieur. Dilatation bi-manuelle du col par M. Commandeur. Puis application de forceps muni de lacs au détroit supérieur, sur tête fixée en OIGT, un peu défléchie. Présentation du pariétal antérieur. La sagittale se trouve près du promontoire. Prise mastoïdo-frontale type. Tractions combinées. La tête s'engage et se fléchit. Seconde application symétrique dans l'excavation. Extraction d'un enfant vivant, un peu étonné, vite ranimé, de 3 kilog. 100.

Diamètres de la tête foetale	{	Occipito-frontal	12,2
		Sincipito-mentonnier	13,8
		Bi-pariétal	9,5
		Sous-occipito-bregmatique.	9,8

Tête très ossifiée. Fontanelles très peu étendues. Affrontements de tous les os. L'occipital chevauche sur le pariétal droit et sur le pariétal gauche. Chevauchement des pariétaux sur les frontaux et du pariétal droit sur le gauche. Pas de déchirure du périnée.

Subinfection puerpérale légère jusqu'au septième jour. La température n'a pas dépassé 38°,5. La mère et l'enfant sortent bien portants.

X^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de MM. Plauchu et Gonnet.

Bassin aplati. — Rétrécissement léger du bassin. — Promontoire pas très élevé à 10½. — On sent au-dessus des saillies dues aux vertèbres lombaires. — Arc antérieur de grand rayon.

Mme Constance O..., primipare.

A été examinée au cours de sa grossesse, et on a noté : Il semble que l'accouchement à terme sera possible, si le fœtus n'est pas trop gros. Tête en O I D T fixée. Accouchement à terme le 2 mai 1904, à la Maternité de la Croix-Rousse. Présentation primitive de la face en M I D T. Tentative de version à dilatation complète après rupture artificielle des membranes par le docteur Gonnet. Abaissement du pied droit. Il est impossible de faire tourner le fœtus par des manœuvres internes ou externes. Le pied est rapidement remonté au-dessus de la tête. La tête est fléchie en O I G A. Application de forceps au détroit supérieur. Extraction très simple d'un enfant de 3 kilog. 200, un peu étonné, mais rapidement ranimé. Pas de déchirure du périnée. Suites de couches normales.

XI^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin généralement rétréci. — Très légèrement asymétrique. — Promontoire accessible à 10,5.

Mme Marie G..., bipare.

Premier accouchement à terme spontané : enfant mort-né. Second accouchement à terme, à la Maternité de la Charité, le 29 mai 1904, où elle entre ayant fait les eaux depuis 24 heures. La parturiente a été touchée en ville par une sage-femme, qui a rompu les membranes. Température, 39°, pouls à 140. Le travail dure depuis plus de 36 heures et la tête n'est pas engagée.

Application de forceps, muni de lacs, au détroit supérieur, dans un col insuffisamment dilaté. Prise à peu près symétrique, car la

tête est presque en occipito-pubienne. Tractions combinées pendant 5 minutes. Brusque ressaut et la tête franchit le détroit supérieur. Après 10 minutes d'intervention, on extrait un enfant vivant de 3 kilog. 740, un peu étonné, ranimé par quelques frictions. La tête présente un enfoncement du bord supérieur du frontal gauche. Chevauchement du pariétal droit sur le gauche ; traces de forceps sur la joue gauche, sur le pariétal, le frontal et la joue droite. La fracture du frontal ne détermine aucun accident de compression et avait disparu quelques jours après la naissance.

Diamètres de la tête fœtale	{	Occipito-frontal	11,4
		Sincipito-mentonnier	13,1
		Bi-pariétal	8,4
		Sous-occipito-bregmatique..	9

Pas de déchirure du périnée ; suites de couches normales.

XII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin aplati. — Promontoire assez élevé. — Accessible à 10,5. — Sacrum redressé. — Sinus sacro-iliaques larges.

Mme Angèle P..., primipare, 20 ans.

Accouche à terme à la Maternité de la Charité, le 29 juin 1904. Cette dame était entrée à la Maternité dix jours avant d'accoucher. Le diagnostic du bassin avait été fait, mais on avait espéré l'accouchement spontané possible à terme ou une extraction facile.

Latérocidence du cordon. Souffrance de l'enfant. Bruits du cœur ralentis. M. Commandeur fait une application de forceps avec lacs au détroit supérieur, après dilatation manuelle du col. Application oblique. Prise symétrique de la tête, fixée en O I G A. Tractions combinées, intermittentes, pendant dix minutes. L'enfant naît un peu étonné, on le ranime immédiatement. Poids :

3 kilog. 700. Chevauchement des pariétaux sur les frontaux, du pariétal droit sur le gauche, de l'occipital sur les pariétaux.

Diamètres de la tête fœtale	{	Occipito-frontal	11
		Sincipito-mentonnier	13
		Bi-pariétal	8
		Sous-occipito-bregmatique..	8,2

Pas de déchirure du périnée chez la mère, mais déchirure latérale droite de la portion vaginale du col. Il se fait une petite hémorragie, qu'on arrête par une injection prolongée chaude. La mère, en outre, a eu, pendant les suites de couches, une tyroïdite puerpérale, qui guérit par résolution.

XIII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin aplati et généralement rétréci. — Promontoire bas, assez saillant, accessible à 9 3/4. — Le sacrum est redressé dans son tiers supérieur. — On fait facilement le tour du détroit supérieur.

Mme Sophie P..., multipare, 38 ans.

Trois accouchements antérieurs spontanés : les deux premiers à terme ; le troisième à 8 mois. Accouchement à terme à la Maternité de la Charité, le 30 novembre 1904, avec des douleurs. Les contractions n'arrivent pas à engager la tête. L'enfant souffre : les bruits du cœur sont irréguliers. M. Commandeur fait une application de forceps, avec lacs au détroit supérieur. La tête est assez ossifiée. Elle plonge un peu, mais elle est facilement refouable. Elle est en O I G A ; la bosse frontale gauche repose sur le promontoire. Prise synétrique bi-pariétale. Après quelques tractions combinées on sent un ressaut, l'engagement se fait. On extrait un enfant vivant de 3 kilog. 200, un peu étonné, mais vite ranimé. Il présente une dépression en cuiller, étendue du bord supérieur du frontal gauche dans la partie qui borde la grande fontanelle jusqu'à la bosse frontale, à environ 3 centimètres au-dessus de l'arcade sourcillière. Au point où a porté le manche de la cuiller, et sur la bosse frontale, existe un trait de fracture ver-

ticale très court, avec un écartement d'environ 2 millimètres. Les autres lignes de fractures ne sont pas perceptibles. L'enfant ne présente aucun trouble respiratoire ; aucun phénomène moteur du côté des membres ; il ne semble pas, par conséquent, avoir d'hémorragie méningée ni de compression cérébrale. Vingt-quatre heures après la naissance, M. Nové-Josserand fait le redressement sanglant de la dépression frontale. L'enfant guérit parfaitement.

Diamètres de la tête fœtale	{	Occipito-frontal	11,20
		Sincipito-mentonnier	12, 9
		Bi-pariétal	9, 1
		Sous-occipito-bregmatique	9, 1

Pas de déchirure du périnée. Suites de couches normales.

XIV^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin aplati et généralement rétréci. — Promontoire en bec, peu élevé, accessible à 9 1/4 ou 9 1/2. — On suit facilement toute la face antérieure du sacrum. — Sinus sacro-iliaques peu larges et peu profonds. — Arc antérieur de petite courbure. — On fait facilement le tour du détroit supérieur.

Mme Félicie R..., primipare.

Accouchement à terme à la Maternité de la Charité, le 19 décembre 1904. Elle était entrée le 24 novembre. On avait fait le diagnostic du bassin et attendu l'accouchement. On intervient parce que l'enfant souffre. Application de forceps avec lacs au détroit supérieur, sur tête fixée en O I D T. Présentation du pariétal antérieur. La suture sagittale est à environ 1 cent. 1/2 du promontoire. La tête est fléchie. M. Commandeur fait une prise mastoïdo-frontale type, de la mastoïde postérieure à la bosse frontale antérieure et fait d'abord des tractions combinées, puis il fait des tractions uni-latérales sur le lac mastoïdien afin de faire engager le pariétal postérieur ; la tête s'engage, descend lentement et, après 11 minutes d'intervention, on extrait un enfant

de 2 kilog. 950, en état de mort apparente, ranimé après 45 minutes de soins.

Il présente des traces de forceps sur le frontal gauche et des chevauchements multiples et très accentués des os du crâne. Le pariétal gauche chevauche sur le pariétal droit, le frontal droit sur le gauche. Les pariétaux sur l'occiput et sur les frontaux. Epanchement sanguin de l'œil gauche. Il eut, les jours suivants, des mouvements convulsifs de la face et des muscles respiratoires et des troubles digestifs. Vomissements noirâtres, qui durent trois jours. Lavage d'estomac et gavage. L'enfant ne tette pas. Trois jours après la naissance, en examinant les yeux, on constate des deux côtés de l'opacité de la cornée, un trouble diffus, occupant toute l'étendue de l'organe. Il est surtout marqué du côté gauche, où la convexité de la cornée semble augmentée. Il n'existe aucun dépoli de la surface.

Au bout de huit jours, l'enfant commence à teter. Les mouvements convulsifs de la face et des muscles respiratoires ont complètement disparu. Mais l'enfant continue à vomir le soir. Peu à peu l'état de l'enfant s'améliore ; les vomissements cessent ; il prend le sein. L'opacité qui recouvrait les yeux a presque complètement disparu. On ne remarque plus qu'un léger nuage blanchâtre.

Diamètres de la tête fœtale	{	Occipito-frontal	11,3
		Sincipito-mentonnier	14
		Bi-pariétal	8,8
		Sous-occipito-bregmatique..	9,1

Il y eut chez la mère une déchirure incomplète du périnée et du vestibule.

Périnéorraphie immédiate. Délivrance et suites de couches normales.

XV^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin aplati. — Promontoire saillant, accessible à 10 centimètres.

Mme Marie B..., multipare.

Quatre enfants. Deux accouchements ont été faits au forceps.

La parturiente est à terme et a subi déjà trois tentatives de forceps chez elle, avant d'entrer à la Maternité de la Charité, le 8 avril 1905. L'enfant souffre. Les contractions sont insuffisantes pour engager la tête. Procidence du cordon. Réduction manuelle. Le col est dilaté ; l'interne du service fait une application de forceps au détroit supérieur sur tête fixée en O I G A, fléchie et en position synclite. Introduction d'un forceps Levret, muni de lacs, dans le diamètre oblique droit. Prise bi-pariétale ; tractions très énergiques sur les lacs ; ressaut brusque ; engagement de la tête. L'enfant, de 2 kilog. 980, a deux circulaires autour du cou. Il vient en état de mort apparente, on le ranime après 20 minutes de soins.

Il présente sur toute la tête des traces anciennes de forceps. La tête est très asymétrique. Le pariétal droit est bien plus volumineux que le gauche. Chevauchement des pariétaux sur les frontaux et l'occipital et du pariétal gauche sur le droit.

Diamètres de la tête fœtale	{	Occipito-frontal	11,2
		Sincipito-mentonnier	13,2
		Bi-pariétal	10
		Sous-occipito-bregmatique..	9

Pas de déchirure du périnée. Délivrance spontanée. Suites de couches normales.

XVI^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin plat. — Promontoire saillant, accessible à 11 centimètres. —

Le sacrum est redressé dans son tiers supérieur.

Mme Simone B..., 29 ans.

A déjà accouché trois fois spontanément à terme d'enfants vivants. Quatrième accouchement à terme à la Charité, le 27 avril 1905. N'a pas été examinée pendant la grossesse. Entre à la Maternité, en travail, n'ayant pas fait les eaux. Douleurs depuis 24 heures, insuffisantes pour engager la tête. Souffrance de l'enfant. La dilatation du col est complète ; l'interne du ser-

vice décide une application de forceps au détroit supérieur. La tête est fixée en O I D T, un peu défléchie ; il y a présentation du pariétal antérieur, qui chevauche notablement sur le pariétal postérieur. Introduction d'un forceps Levret, muni de lacs dans le diamètre oblique gauche. Prise mastoïdo-frontale type. Tractions sur les lacs pendant 15 minutes. L'enfant, du poids de 4 kilog. 850, naît en état de mort apparente, et est ranimé après 5 minutes de soins. La tête présente des chevauchements très accentués : des pariétaux sur l'occipital, sur les frontaux ; du frontal droit sur le gauche et du pariétal gauche sur le droit. Aplatissement sans fracture de la région temporo-pariétale gauche. La bosse pariétale est effacée.

Diamètres de la tête fœtale	{	Occipito-frontal	11,8
		Sincipito-mentonnier	14,3
		Bi-pariétal	9
		Sous-occipito-bregmatique..	10

Déchirure superficielle du périnée. Délivrance et suites de couches normales.

XVII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de MM. Commandeur et Trillat.

Bassin généralement rétréci. — Promontoire élevé, accessible à 11 centimètres. — On fait le tour du détroit supérieur.

Mme Rose B..., primipare, 20 ans.

Accouche à terme le 10 juillet 1905, à la Maternité de la Charité. Cette dame a été vue à 8 mois. On a fait le diagnostic du bassin et décidé d'attendre le travail. La parturiente a des douleurs depuis 24 heures. Cependant la tête ne s'engage pas. L'enfant souffre et fait son méconium. M. Trillat fait une application de forceps avec lacs au détroit supérieur. La tête est amorcée en O I G A, modérément fléchie. Il fait une prise à peu près symétrique. Tractions lentes sur les lacs. L'enfant, né en état de mort apparente, est ranimé presque aussitôt. Il pèse 3 kilog. 700. La tête présente des chevauchements du pariétal

gauche sur le droit, des pariétaux sur les frontaux et sur l'occipital.

Diamètres de la tête fœtale	{	Occipito-frontal	11
		Sincipito-mentonnier	13,6
		Bi-pariétal	9
		Sous-occipito-bregmatique .	9

- Pas de déchirure du périnée. La délivrance et les suites de couches sont normales.

XVIII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin aplati et généralement rétréci. — P S P, 10 centimètres.

Mme Marie C..., 21 ans, primipare.

Accouchement à terme, le 11 juillet 1905, à la Maternité de la Charité de Lyon, où elle était entrée, le 26 juin. Le diagnostic du bassin avait été fait, mais on avait décidé d'attendre le travail. Souffrance de l'enfant, alors que la tête n'a pas franchi le détroit supérieur. Le toucher permet de constater une présentation du sommet en O I G T fléchie : on n'attint pas la grande fontanelle. La parturiente n'a presque plus de douleurs ; on ne peut plus compter sur un accouchement spontané. L'interne du service décide de faire une application de forceps avec lacs au détroit supérieur. Application oblique dans le diamètre oblique droit. Prise mastoïdo-frontale. Traction sur les lacs pendant 15 minutes ; dégagement d'un enfant de 2 kilog. 830, en état de mort apparente, ranimé après 20 minutes de soins. Il présente des traces de forceps sur le frontal droit.

Pas de déchirure du périnée chez la mère. Pas d'accident de la délivrance. Suites de couches normales.

Diamètres de la tête fœtale	{	Occipito-frontal	10,5
		Sincipito-mentonnier	13
		Bi-pariétal	8,2
		Sous-occipito-bregmatique..	8

XIX^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de MM. Commandeur et Trillat.

Bassin généralement rétréci. — Promontoire saillant, accessible à 10,2. — On fait le tour du détroit supérieur.

Mme Cécile P..., primipare, 22 ans.

A subi trois tentatives de forceps avant d'entrer à la Maternité, le 15 juillet 1905. L'enfant souffre. La mère, exténuée, n'a presque plus de douleurs. Le col n'est pas complètement dilaté, mais il est dilatable. La tête est en O I D P, en position intermédiaire. On atteint facilement les deux fontanelles. Il y a présentation du pariétal antérieur ; la sagittale est à environ 1 cent.1/2 du promontoire. M. Trillat fait une application de forceps dans le diamètre oblique gauche. La prise est à peu près symétrique. Tractions sur les lacs pendant 20 minutes. La tête s'engage et on extrait un enfant de 2 kilog. 900, vivant, en état de mort apparente, ranimé après 25 minutes de soins. Les chevauchements des os du crâne sont très accentués ; chevauchement des pariétaux sur l'occipital, sur les frontaux et du pariétal droit sur le gauche.

Diamètres de la tête fœtale	{	Occipito-frontal	11,2
		Sincipito-mentonnier	13,7
		Bi-pariétal	8,8
		Sous-occipito-bregmatique	9,4

Pas de déchirure du périnée. Délivrance et suites de couches normales.

L'enfant présente des traces de forceps sur la bosse pariétale et la joue du côté gauche.

XX^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Voron.

Bassin aplati et généralement rétréci. — Promontoire saillant, très élevé. — P S P, 10,4. — Diamètre utile évalué à 9 centimètres environ. — Sacrum droit. — Bassin canaliculé. — Arc antérieur de faible courbure.

Mme Marie L..., multipare.

A déjà eu quatre accouchements, tous au forceps. Elle présente de grandes déformations des membres. Cinquième accouchement à terme, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 6 septembre 1906. La malade n'a pas été examinée au cours de la grossesse.

La parturiente a des douleurs depuis plus de 9 heures. La tête n'a aucune tendance à s'engager. Les bruits du cœur fœtal se ralentissent, deviennent sourds; l'enfant fait son méconium. On décide de faire une application de forceps sans lacs. Tête en O I G T. Prise mastoïdo-frontale. Extraction assez facile d'un enfant vivant, de 3 kilog. 150.

Pas de déchirure du périnée. Suites de couches normales.

Accouchement prématuré à proposer à 8 mois ou 8 mois 1/4 dans le cas de grossesse future.

XXI^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Voron.

Bassin aplati. — Promontoire vrai, situé bas, très facilement accessible à 10 centimètres. — Un faux promontoire lombaire plus élevé, et un autre faux promontoire sacré plus bas. — Sacrum redressé dans son tiers supérieur. — Bassin canaliculé. — Arc antérieur de grande courbure. — Diamètre utile évalué à 9 centimètres.

Mme Françoise B..., multipare.

Une fillette mort-née en 1904. Deux jumeaux en 1905. L'un

vivant, l'autre mort-né (présentation de l'épaule, embryotomie). Elle a des stigmates de rachitisme ; elle aurait fait ses premiers pas à 4 ans. Vient accoucher à terme à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 18 octobre 1906. N'a pas été vue au cours de la grossesse. La tête est amorcée en O I G T, en position intermédiaire, avec présentation du pariétal postérieur. Application au détroit supérieur d'un forceps Levret, muni de lacs. Prise mastoïdo-frontale type. Tractions très modérées sur les lacs, manœuvre combinée. Ressaut brusque : la tête s'engage, et l'on extrait facilement un enfant vivant de 2 kilog. 930. La tête présente des chevauchements considérables du pariétal gauche sur le droit, des pariétaux sur les frontaux et l'occipital.

Pas de déchirure du périnée. Délivrance spontanée. Suites de couches normales.

Pour les accouchements suivants, surveiller le volume de l'enfant. Pour un enfant pesant plus de 2 kilog. 900, faire un accouchement prématuré. Pour un enfant de ce poids, version à dilatation complète.

XXII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de MM. Commandeur et Trillat.

Bassin un peu aplati. P S P, 11 centimètres.

Mme Marie F..., multipare.

Le premier accouchement fut fait au forceps, les deux suivants furent spontanés, à terme. Enfin elle accouche à terme à la Maternité de la Charité, le 2 février 1906. On avait fait le diagnostic du bassin au cours de la grossesse et décidé d'attendre l'accouchement. Contractions utérines inefficaces. Souffrance de l'enfant.

M. Trillat décide une application de forceps muni de lacs au détroit supérieur. La tête est fixée en O I G T. En attitude intermédiaire à la flexion et à la déflexion : la fontanelle antérieure est seule accessible ; la suture sagittale est plus rapprochée de

la symphyse pubienne que du promontoire. Il y a donc présentation du pariétal postérieur. Application dans le diamètre oblique droit. Prise mastoïdo-frontale type. Tractions combinées énergiques pendant 10 minutes. Extraction d'un enfant de 4 kilog. 370, en état de mort apparente, ranimé après 15 minutes de soins. La tête présente des traces de forceps sur le front et la joue gauche, et du chevauchement de l'occipital sur les pariétaux.

Diamètres de la tête fœtale	{	Occipito-frontal	12,5
		Sincipito-mentonnier	14
		Bi-pariétal.....	9,8
		Sous-occipito-bregmatique .	9,8

Déchirure incomplète du périnée, ayant nécessité deux points de suture profonds et trois superficiels. Suites de couches et délivrance normales.

XXIII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Voron.

Bassin aplati et généralement rétréci. — Promontoire très élevé, accessible à 11,3.

Mme M. M..., multipare, 35 ans.

A eu deux accouchements spontanés d'enfants qui pesaient plus de 4 kilog., au dire de la mère. Troisième accouchement à terme, le 10 janvier 1907, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, où elle entre avec des douleurs. Malgré de fortes douleurs, la tête n'a aucune tendance à s'engager. Rupture artificielle des membranes à dilatation complète. Procidence du cordon. Présentation de l'épaule, que l'on transforme en sommet par manœuvres mixtes. Six heures après, la tête est toujours mobile au détroit supérieur. On fait une application de forceps, avec lacs, dans un diamètre oblique sur la tête mobile. Tractions combinées ; un aide tire sur les lacs, tandis que l'accoucheur tire sur les branches du forceps, en refoulant la tête vers le sacrum. Engagement et descente de

la tête en oblique. Seconde application de forceps dans l'exca-
vation. Prise bi-pariétale. Dégagement d'un enfant vivant, un
peu cyanosé, pesant 3 kilog. 050. Il présente une paralysie fa-
ciale. Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle au
cours de laquelle on s'aperçoit d'une déchirure du col, remontant
un peu sur le segment inférieur.

Suites de couches normales. Pas de déchirure du périnée.

XXIV^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Voron.

*Bassin aplati et généralement rétréci, diagnostiqué au cours de la
grossesse. — Promontoire assez saillant, peu élevé. — P S P, 9,5.
— Arc antérieur de grand rayon. — On ne fait pas le tour du
détroit supérieur. — Diamètre utile évalué à 8,5.*

Mme L. S..., primipare, 18 ans.

Accouche à terme à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 2 mars 1907.
A été examinée à 8 mois environ. On a fait le diagnostic du bassin
à ce moment, et décidé d'attendre l'accouchement. La partu-
riente a des douleurs depuis 24 heures. La tête est amorcée,
mais n'a pas franchi le détroit supérieur. Les eaux sont verdâ-
tres ; les bruits du cœur fœtal deviennent irréguliers ; on décide
une application de forceps. Le col n'est pas complètement dilaté.
Application de forceps dans le diamètre oblique droit. Prise
mastoido-frontale. Tractions énergiques sans lacs, pendant
5 minutes environ. On sent un brusque ressaut et la tête s'en-
gage. Extraction d'un enfant vivant de 2 kilog. 650.

Pas de déchirure du périnée. Suites de couches normales.

On engage la femme, si elle redevient enceinte, à venir se faire
examiner et, suivant le poids de l'enfant, on la mettra en travail
à 8 mois ou 8 mois et demi.

XXV^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Voron.

Bassin oblique-ovalaire de Nægelé. — Examen pelvi-métrique externe normal. — Au toucher, on constate que la ligne innominée du côté gauche est redressée de façon très nette. — Il en est de même de la branche ischio-pubienne gauche et de toute la paroi correspondante de l'excavation, qui est plus rapprochée du centre du bassin que son homologue du côté opposé. — Le promontoire est inaccessible. — Le sinus sacro-iliaque gauche est inexplorable. — La moitié droite du bassin semble normale.

Mme Marie B..., bipare.

Le premier accouchement a été très laborieux ; douleurs pendant 48 heures ; tentatives infructueuses de forceps. Version sur enfant vivant. Mort à la naissance. Le second accouchement a lieu à 8 mois 1/2, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 5 avril 1907. Cette dame avait été examinée au cours de la grossesse. On avait décidé d'attendre le travail. Douleurs depuis 30 heures ; la tête n'a pas franchi le détroit supérieur, et l'enfant souffre. Application de forceps avec lacs, sur tête amorcée en O I D P, encore refoulable. Tractions sur les lacs pendant 10 minutes. La tête s'engage dans l'excavation et fait sa rotation. Seconde application de forceps au bas de l'excavation. Enfant vivant de 2 kilog. 980, qui présente des traces de forceps sur le cou, du côté droit. Le forceps, en effet, a légèrement dérapé.

Pas de déchirure du périnée. Délivrance spontanée et suites de couches normales.

XXVI^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Plauchu.

Bassin aplati. — Promontoire accessible à 10 centimètres. — Parties latérales du bassin vastes. — Arc antérieur de grand rayon.

Mme R....

A eu déjà deux accouchements à terme : l'un spontané, l'autre ayant nécessité une application de forceps à la vulve. Au cours de la troisième grossesse, on avait exploré le bassin, et on l'avait

jugé compatible avec un accouchement spontané à terme. Accouche à terme, le 13 juin 1907. Dilatation au moyen d'un ballon de Champetier. Douleurs insuffisantes, qui amorcent la tête, sans aboutir à l'engagement. Application de forceps après perforation artificielle des membranes par l'interne du service. La tête est mobilisée, l'instrument dérape. Seconde application, la tête étant maintenue par un aide en contact avec le détroit supérieur. Application oblique. Tractions sur les lacs et les branches de forceps. Engagement après quelques tractions modérées. Extraction d'un enfant étonné, vite ranimé. Poids : 3 kilog. 330.

Pas de déchirure du périnée. Suites de couches normales.

XXVII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Plauchu.

Bassin aplati et généralement rétréci, rachitique. — Diamètre P S P, 3,9. — Diamètre utile évalué à 8 centimètres. — Promontoire très saillant, en bec pointu. — Arc antérieur à court rayon.

Mme L..., primipare, 25 ans.

N'a pas été examinée au cours de sa grossesse. Vient accoucher à terme à la Maternité de la Croix-Rousse, le 29 juillet 1907. Elle a des douleurs depuis quatre jours avant d'accoucher. Douleurs très atténuées. La parturiente ne paraît pas être en travail. Les eaux sont verdâtres. Le col, souple et dilatable. La tête n'est pas engagée. Bruits du cœur fœtal, irréguliers et ralentis. L'inertie étant manifeste, on décide d'appliquer un forceps. Application d'un forceps avec lacs, sur tête en O I G T, très fléchie. Prise symétrique, bi-malaire. Tractions sur les manches du forceps sans résultats. Tractions énergiques sur les lacs, qui engagent la tête, après un léger ressaut. Extraction d'un enfant de 2 kilog. 800, en état de mort apparente, vite ranimé. La tête fœtale est allongée dans l'axe occipito-mentonnier. Le pariétal antérieur chevauche sur le postérieur, qui est fortement aplati et présente une gouttière, partant de la basse frontale et aboutissant près de la suture temporo-pariétale. En somme, déformation

d'une tête en présentation du pariétal antérieur, en transverse et flexion forcée.

Large déchirure du périnée par les lacs. Suites de couches normales.

Pour les grossesses suivantes, mettre en travail à 8 mois.

XXVIII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Plauchu.

Bassin généralement rétréci. — P S P, 10,2. — On fait facilement le tour du détroit supérieur.

Mme W..., primipare, 31 ans.

Entre à la Maternité en plein travail. Poche des eaux rompues : liquide sale. Bruits du cœur fœtal arythmiques. M. Plauchu fait une application de forceps au détroit supérieur dans un col dilatable. Forceps avec lacs. Prise mastoïdo-frontale sur tête mobile en O I B T. Tractions énergiques sur les lacs. Manœuvre combinée. Engagement et descente à frottement dur. Extraction d'un enfant en asphyxie bleue, ranimé après un quart d'heure de soins. Poids : 3 kilog. 480. L'œil droit est œdématisé, meurtri par la prise mastoïdo-frontale. Pas de fracture orbitaire ni frontale.

Vaste déchirure du périnée. Le vagin est déchiré presque jusque vers le col. Le col est intact. Suites de couches normales.

XXIX^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Voron.

Bassin généralement rétréci. — Promontoire élevé, accessible à 11 centimètres. — Sacrum droit. — Arc antérieur de faible courbure. — Diamètre utile évalué à 9 centimètres.

Mme Joséphine B..., primipare.

Est mise en travail à 8 mois 1/2, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 10 décembre 1907. Vingt-quatre heures après l'introduction des bougies de Krause, malgré de fortes douleurs, la tête n'est pas engagée, mais la parturiente a 38° et l'enfant fait son méco-

nium. On se décide à intervenir. Dilatation manuelle du col. Application de forceps au détroit supérieur, sur tête fixée en O I G T. Prise mastoïdo-frontale type. Tractions combinées. La tête s'engage. Seconde application directe au bas de l'excavation. Extraction d'un enfant vivant, en état de mort apparente, qu'on ranime aussitôt. Poids : 2 kilog. 950.

Pas de déchirure du périnée. Délivrance et suites de couches normales.

XXX^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Plauchu.

Echec du forceps. Version qui permet d'amener un enfant vivant.

Bassin aplati. — Promontoire très facilement accessible à 10,3, au-dessus duquel on sent la face antérieure du sacrum assez excavée. — Sinus sacro-iliaques peu profonds. — Arc antérieur de grand rayon.

Mme M..., multipare, 33 ans.

A eu déjà quatre enfants. Trois accouchements spontanés, dont l'un à 8 mois. Un quatrième a nécessité une application de forceps. L'enfant était mort et avait des lésions de la tête ; il était énorme. Cinquième accouchement à terme, le 7 mars 1906, à la Maternité de la Croix-Rousse. N'a pas été vue au cours de la grossesse, et entre à la Maternité en travail. Douleurs insuffisantes pour engager la tête, qui reste mobile. On se décide à dilatation complète à rompre les membranes et à faire une application de forceps. M. Plauchu fait une prise mastoïdo-frontale, mais la tête tourne dans les cuillers. La prise devient bi-pariétale. En outre, la tête s'est mise en oblique et la bosse frontale postérieure bute contre le promontoire. La tête ne s'engage pas. Une seconde application donne le même résultat.

M. Plauchu tente alors une version qui réussit et amène un enfant vivant de 3 kilog. 400, porteur d'une paralysie du plexus brachial gauche.

Pas de déchirure du périnée. Suites de couches normales.

APPLICATIONS AVEC MORT DE L'ENFANT

XXXI^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin généralement rétréci. — P S P, 10 3/4. — Diamètre utile évalué à 9 1/4 environ. — Sacrum régulier.

Mme Angélique M....

A eu déjà trois accouchements très laborieux ; deux au forceps. Accouche à terme, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 10 mai 1900, où elle entre en plein travail, et ayant fait les eaux. La parturiente est en travail depuis plus de 30 heures ; la tête est fixée, mais ne peut franchir le détroit supérieur. Application de forceps avec lacs, sur tête fixée en O I G A, peu fléchie. Prise symétrique bi-pariétale. Tractions intermittentes sur les lacs, évaluées de 30 à 35 kilog. La tête se modèle peu à peu et, après un léger ressaut, franchit le détroit supérieur. Après 20 minutes d'intervention, on extrait un enfant de 3 kilog. 700, en état de mort apparente, vite ranimé.

Diamètres de la tête fœtale	{	Occipito-frontal	12
		Sincipito-mentonnier	12
		Bi-pariétal	10
		Sous-occipito-bregmatique.	9 1/2

L'enfant présente sur le frontal gauche, à sa partie la plus élevée et à 3 centimètres au-dessus du sourcil, une dépression en cuiller, peu profonde, marquée sur la peau par une trace rouge et correspondant à la région de la tête, qui reposait sur le promontoire. L'enfant se développe bien au sein, pendant les premiers jours. La dépression frontale persiste. En juin, il présente des crises convulsives de la face, puis il eut des crises convulsives généralisées à tout le corps et à la face, surtout à droite, que le chloral améliora, mais les crises réapparurent, et il mourut le 23 juin.

XXXII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin aplati et généralement rétréci. — PSP, 10,7. — Diamètre utile évalué à 9,2.

Mme Antoinette C..., primipare, 21 ans.

Accouche à terme, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 11 septembre 1902. Pas de stigmates de rachitisme. Elle était entrée à la Maternité treize jours avant le début du travail. Il ne paraît pas avoir été question d'une intervention au cours de la grossesse. La parturiente souffre depuis 48 heures. Les contractions n'ont abouti qu'à fixer la tête et à dilater le col incomplètement. Application de forceps avec lacs, au détroit supérieur, après dilatation bi-manuelle du col. Prise mastoïdo-frontale type de la tête, fixée en O I G T et très fléchie. Tractions sur les lacs seuls. La tête s'engage assez rapidement, mais on extrait lentement, pour dilater complètement le col. Enfant vivant, dont le cœur bat faiblement, mais qu'on n'arrive pas à ranimer. Poids: 3 kilos. 120.

La mère a eu un peu de fièvre pendant six jours, sans phénomènes utérins.

XXXIII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin généralement rétréci. — Promontoire accessible à 10,8.

Mme Adélaïde V..., multipare, 34 ans.

A eu déjà cinq accouchements spontanés à terme et une fausse couche de 2 mois 1/2. Accouche à terme, à la Maternité de la Charité, le 20 septembre 1904, où elle était entrée le 14 septembre. Les contractions sont espacées et peu intenses. L'enfant souffre; les bruits du cœur sont irréguliers. M. Commandeur, après avoir fait la dilatation bi-manuelle du col, applique un forceps muni de lacs, au détroit supérieur, sur tête amorcée en O I G T, encore mobilisable. Prise mastoïdo-frontale. Tractions légères, tantôt sur les lacs, tantôt sur le forceps, qui engagent la tête. Seconde application, plus régulière dans l'excavation. Et

on extrait un enfant en état d'asphyxie blanche, que l'on ranime à grand'peine, mais qui meurt le lendemain. Il pesait 2 kilog. 600. Chevauchement du pariétal gauche sur le droit, et des pariétaux sur l'occipital.

Pas de déchirure du périnée. Délivrance normale, ainsi que les suites de couches.

Diamètres de la tête fœtale	{	Occipito-frontal	11,4
		Sincipito-mentonnier	12
		Bi-pariétal	8,8
		Sous-occipito-bregmatique .	8,5

XXXIV^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de MM. Commandeur et Gonnet.

Bassin aplati et généralement rétréci. — La malade ne veut pas se laisser toucher convenablement et il est impossible de mesurer le P S P.

Mme J....

A eu déjà trois accouchements spontanés à terme. Deux enfants étaient mort-nés. L'autre vivant. Elle vient accoucher pour la quatrième fois, à la Maternité de la Charité, le 12 avril 1905, où elle entre étant déjà en travail. Comme elle a déjà accouché spontanément, on attend pour intervenir que l'enfant souffre et que les contractions soient devenues insuffisantes. On fait alors une application de forceps avec lacs, au détroit supérieur, dans un col insuffisamment dilaté. La tête est fixée en O I G T, modérément fléchie, avec présentation du pariétal postérieur. Prise mastoïdo-frontale type. Tractions combinées. La tête, qui est très ossifiée, s'engage lentement et, après 30 minutes de tractions, on extrait un enfant de 3 kilog. 640, en état d'asphyxie blanche, ranimé après une heure de soins, mais qui meurt le lendemain.

Diamètres de la tête fœtale	{	Occipito-frontal	11
		Sincipito-mentonnier	13
		Bi-pariétal	9,2
		Sous-occipito-bregmatique .	10

La mère n'eut pas de déchirure du périnée, mais elle mourut trois jours après. Elle avait présenté du ballonnement du ventre ; un point douloureux à droite et des urines couleur chocolat, contenant une grande quantité d'albumine.

L'autopsie révéla l'existence d'une poche de sérosité noirâtre, s'étendant en largeur de la paroi latérale droite du bassin au segment inférieur de l'utérus, et en hauteur de la veine iliaque externe aux vaisseaux hypogastriques, que l'on a grand'peine à disséquer. Le tissu cellulaire de la paroi antéro-latérale de l'abdomen est infiltré de sérosité. Il existe, entre la vessie et la poche de sérosité putride ci-dessus décrite, des rapports de contiguité. Et, en effet, après ouverture de la vessie, on aperçoit sur la moitié droite postérieure de sa surface interne une petite solution de continuité, qui fait communiquer la vessie avec la poche. L'utérus présente, à l'union du segment inférieur et du corps, sur sa face antérieure et à droite, une ecchymose étendue avec début de sphacèle. On trouva l'explication de ces lésions vésicales et utérines à l'examen de la face postérieure de la symphyse pubienne. Elle présentait, en effet, à ce niveau, un bourrelet très accusé, qui se terminait en haut par une petite saillie osseuse dirigée obliquement, d'avant en arrière et de bas en haut.

XXXV^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Voron.

Bassin aplati et généralement rétréci. — Promontoire très saillant ; très bas ; accessible à 10,2. — Diamètre utile évalué à 9 centimètres environ. — Sacrum excavé. — Arc antérieur de rayon moyen.

Mme Marie A..., primipare, 22 ans.

Accouchement à terme à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 29 mai 1906. Vue au cours de la grossesse, environ un mois et demi avant l'accouchement. On avait fait le diagnostic du bassin et estimé qu'un enfant de 2 kilog.600 pourrait passer. Mais la femme

n'est revenue qu'à terme, ce qui permet de croire qu'elle aurait refusé une intervention sanglante à ce moment-là.

Femme de petite taille, qui présente des déformations rachitiques des fémurs ; elle aurait fait ses premiers pas à 4 ans 1/2.

La tête fœtale n'a aucune tendance à s'engager ; les bruits du cœur fœtal sont très irréguliers ; le col n'est pas complètement dilaté, mais très dilatable. Une première application de forceps est tentée au détroit supérieur. On fait une prise mastoïdo-frontale sur la tête, en O I G T, sans résultat. Quatre heures après, on fait une seconde tentative. Introduction du forceps muni de lacs ; tractions énergiques, qui permettent d'extraire un enfant de 3 kilog. 150, en état de mort apparente, et qu'on n'arrive pas à ranimer.

Déchirure du périnée. Délivrance et suites de couches normales.

XXXVI^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin généralement rétréci. — P S P, 9,5.

Mme B..., bipare.

Vient accoucher à terme et ayant déjà des douleurs, à la Maternité de la Charité, en février 1906. Son premier accouchement a été spontané, à terme et normal ; le travail, cependant, avait été long. Pour l'accouchement actuel, l'enfant souffre dès le début du travail. Les bruits du cœur sont irréguliers. Les membranes se sont rompues avant la dilatation complète. On fait une application de forceps dans un col mal dilaté, sur une tête amorcée et fléchie, en orientation oblique. Tractions sur les lacs. Engagement et extraction d'un enfant de 3 kilog. 170, en état de mort apparente, qu'on n'arrive pas à ranimer complètement et qui meurt 1 h. 40 après la naissance. Pas d'autopsie.

Suites de couches normales.

XXXVII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin généralement rétréci. — P S P, 10 3/4.

Mme H..., primipare, 36 ans.

Vient accoucher à terme, à la Maternité de la Charité, le 8 avril 1907. Elle a fait les eaux dehors. Les bruits du cœur fœtal sont irréguliers, l'enfant fait son méconium. La mère semble exténuée et vomit constamment. M. Gonnet tente une application de forceps sur tête, en O I D T. Prise mastoïdo-frontale type. Tractions sur les lacs pendant 25 minutes. Extraction d'un enfant de 2 kilog. 200, en asphyxie blanche, qu'on ne parvient pas à ranimer. La tête, hydrocéphale, présente des traces de forceps sur le frontal droit et la mastoïde gauche. A la région sous-mentonnière, on trouve un orifice du calibre d'un gros crayon.

Diamètres de la tête fœtale	{	Occipito-frontal	11,5
		Sincipito-mentonnier	13,6
		Bi-pariétal	8
		Sous-occipital-bregmatique.	8,5

Déchirure incomplète du périnée. Périnéorrhaphie. Délivrance artificielle pour hémorragie.

La mère prend de la température le quatrième jour, ainsi que des phénomènes péritonéaux très accusés : Ballonnement du ventre, douloureux à la palpation. Peu de vomissements. Pas d'excitation. Absès de fixation.

Elle meurt le 20 avril. L'autopsie n'a pu être faite.

XXXVIII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Voron.

Bassin aplati. — Promontoire accessible. — P S P, 11 centimètres faible. — Diamètre utile évalué à 9,5. — Procidence du cordon, qui apparaît à la vulve et dont la réduction manuelle est difficile parce que la tête est amorcée, possible cependant, parce que la tête est encore un peu mobilisable.

Mme Blanche C..., multipare.

Pas de renseignements sur les accouchements antérieurs.

Vient accoucher à terme, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 26 décembre 1907. Cette dame avait été examinée au cours de la grossesse. On avait reconnu le rétrécissement du bassin et compté, cependant, sur un accouchement spontané possible à terme ou sur une extraction facile. L'enfant souffre ; les bruits du cœur sont ralentis ; on fait une application de forceps sur tête amorcée, en O I D T. Après quelques tractions, la tête s'engage et descend. L'enfant naît en état de mort apparente. Les bruits du cœur persistent, mais sont affaiblis. L'on n'arrive pas à provoquer de mouvements respiratoires et il succombe 20 minutes après l'accouchement. Il pesait 3 kilog. 910.

Pas de déchirure du périnée. Suites de couches et délivrance normales.

XXXIX^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Voron.

Bassin aplati. — Diamètre utile, évalué à 8,5.

Mme Joséphine G..., bipare.

A eu un enfant mort-né. Vient accoucher à terme, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 3 janvier 1904. N'a pas été vue au cours de la grossesse. Entre à la Maternité avec des douleurs. La tête n'a aucune tendance à s'engager ; procidence du cordon, qui se réduit assez facilement. On décide une application de forceps au détroit supérieur, sur tête amorcée en O I G T, qui ne donne aucun résultat. La tête est refoulable, on tente la version. Extraction laborieuse de la tête dernière, malgré la manœuvre de Champetier de Ribes. Extraction d'un enfant vivant, dont le cœur bat, mais qu'on n'arrive pas à ranimer. Poids 4 kilog. 220.

Pas de déchirure du périnée. Délivrance spontanée, et suites de couches normales.

En somme, échec du forceps. La version permet de ramener un enfant qu'on ne peut ranimer.

APPLICATIONS SUIVIES DE BASIOTRIPSIE

XL^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin aplati et généralement rétréci ; très mauvais. — Promontoire bas, facilement accessible à 8 3/4.

Mme Léonie L..., primipare.

Accouche à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 16 octobre 1900, où elle entre ayant fait les eaux depuis trois heures.

Envoyée par un médecin qui a renoncé à l'accoucher à cause de son bassin. Utérus très volumineux ; H U, 38 centimètres. Procidence du cordon, qui ne bat plus. On entend cependant les bruits du cœur fœtal. On songe à un gros enfant en présentation du sommet. Aucune tentative d'engagement spontané. M. Commandeur tente une application de forceps, avec lacs, au détroit supérieur.

La position de la tête est impossible à déterminer exactement ; il semble qu'il y ait présentation du pariétal antérieur. Introduction difficile des cuillers, à cause de l'exiguité du bassin. Tractions énergiques sur les lacs ; la tête bute sur le pubis et ne descend pas. On n'entend plus les bruits du cœur, et on fait la basiotripsie. On amène un petit fœtus de 1 kilog. 690. On reconnaît alors la présence d'un second enfant. M. Commandeur essaye la version, qui est difficile. Il extrait un enfant de 1 kilog. 760, vivant, mais qui meurt aussitôt. Il présentait un enfoncement de la région temporo-pariétale droite.

Pas de déchirure du périnée. Délivrance et suites de couches normales.

XLI^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin aplati et généralement rétréci. — P S P, 8,7.

A déjà eu deux enfants mort-nés, extraits au forceps. Vient accoucher à terme de son troisième enfant, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 28 septembre 1902. N'a pas été vue au cours de la grossesse. La parturiente, à l'entrée, est en travail depuis sept heures. Au toucher, on trouve un col dilaté, une présentation du sommet mobile au détroit supérieur, avec procidence irréductible du cordon et d'un membre. Souffrance de l'enfant.

Plusieurs essais infructueux d'application de forceps sur la tête, restée mobile, et qu'on n'arrive pas à saisir. Le bassin étant très mauvais, on n'insiste pas. On se décide à faire une basiotripsie sur enfant mort pesant 3 kilog. 500.

Pas de déchirure du périnée. Suites de couches normales.

XLII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin aplati et généralement rétréci. — Réniforme. — P S P, 10,5.
— *Faux promontoire à 9,5, à l'union des I^{er} et II^e Sacrées. — Sacrum légèrement redressé. — Arc antérieur de grand rayon.*

Mme Marie T..., primipare.

Accouche à terme le 1^{er} septembre 1904. N'a pas été examinée au cours de la grossesse, entre à la Maternité ayant fait les eaux. Contractions insuffisantes pour engager la tête. Application au détroit supérieur d'un forceps Levret, muni de lacs. Prise mastoïdo-frontale sur tête fléchie en O I G T. Après 20 minutes de traction, rien ne bouge. Seconde prise mastoïdo-frontale inverse, sans résultat. Basiotripsie sur enfant vivant de 2 kilog. 300.

Déchirure incomplète du périnée. Suture immédiate. Délivrance spontanée ; suites de couches normales.

XLIII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Voron.

Bassin aplati et généralement rétréci. — Très mauvais promontoire, très élevé et saillant ; accessible à 9 1/4. — Diamètre utile évalué à 7 1/4 environ. — Sacrum droit. — Arc antérieur de faible courbure.

Mme Constance L...

A eu une fausse couche de 6 mois. N'a pas été examinée au cours de la grossesse. Vient accoucher à terme, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 25 juillet 1905. Elle présente des déformations très accusées des membres inférieurs. Elle aurait fait ses premiers pas à 5 ans. Elle entre à la Maternité avec 38° 5 de température. Au toucher, on sent un col très œdemateux, dilaté à 2 francs, et présentant trois déchirures, dont l'une à droite, assez profonde. Depuis deux jours, une sage-femme l'a touchée à plusieurs reprises et longuement (dilatation manuelle ?).

La tête est très élevée, mobile au détroit supérieur, en O I D P. On tente une application de forceps sans lacs. Rien ne vient. On refait une seconde application avec un forceps muni de lacs, et l'on tire à trois reprises successives, à 60 kilog. au dynamomètre. On n'obtient aucun résultat, et l'on se résout à faire une basiotripsie sur enfant vivant pesant 3 kilog.

Pas de déchirure du périnée. Suites de couches normales.

XLIV^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Voron.

Bassin généralement rétréci. — Promontoire très saillant, en bec ; accessible très haut à 10 1/4. — Le diamètre utile ne peut être évalué à plus de 7 1/2, à cause d'une épine rétro-symphysienne, très saillante. — Arc antérieur circulaire, mais de court rayon.

Mme Louise C..., multipare.

A eu déjà six accouchements par le forceps. Un seul enfant vivant. Quatre sont morts au cours des interventions. Femme

de petite taille, à membres courts. Dernières règles sont du 20 février. Accouchement provoqué à 8 mois, croit-on, au moyen des bougies de Krause, le 8 novembre 1905. Le 10 novembre, aucune tendance à l'engagement, malgré de fortes douleurs. La parturiente est épuisée et réclame qu'on la délivre, même au prix de la vie de son enfant. On discute la symphyséotomie, qui est rejetée, de même qu'une césarienne, car l'on croit avoir affaire à un enfant de 8 mois, qui doit passer. Une première application de forceps avec lacs ne donne aucun résultat, malgré des tractions énergiques répétées pendant une demi-heure. Seconde application mastoïdo-frontale inverse, sans plus de résultat.

L'enfant est vivant, mais souffre. Aussi ne s'arrête-t-on pas à l'idée d'une césarienne, qui n'a plus d'intérêt pour l'enfant et qui eût été refusée par la mère.

On fait la basiotripsie, et on extrait à grand'peine, même après le grand broiement, un enfant de 3 kilog. 550, dont la tête est très ossifiée.

Pas de déchirure du périnée. Délivrance et suites de couches normales.

XLV^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Voron.

Bassin généralement rétréci. — Promontoire accessible à 9,9. — Diamètre utile évalué à 8,5 environ. — Arc antérieur arrondi, mais de faible courbure.

Mme Mélanie V..., primipare, 21 ans.

Accouche à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 21 décembre 1906. N'a été vue au cours de la grossesse que onze jours avant le terme. Le diagnostic du bassin a été fait. On a décidé l'accouchement prématuré, et on a introduit des sondes de Krause, le 14 décembre. Dernières règles du 21 mars. Elle est en travail depuis 24 heures, et la présentation n'a aucune tendance à s'engager. Le col est résistant, non dilaté. La parturiente a un peu de fièvre. On décide d'intervenir. Après dilatation bi-manuelle du

col, M. Voron fait plusieurs applications variées et difficiles de forceps avec lacs, qui, malgré de fortes tractions, n'aboutissent à d'autre résultat qu'à faire une fracture du frontal.

On fait la basiotripsie. Le basiotribe et le cranioclaste dérapent à plusieurs reprises. Enfin on arrive à extraire la tête. Dystocie des épaules. Gros enfant de 3 kilog. 050, à tête très ossifiée.

Pas de déchirure du périnée. Délivrance normale.

La mère eut de l'infection puerpérale localisée : phlébite, dont elle guérit parfaitement.

XLVI^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Voron.

Bassin aplati et généralement rétréci. — Promontoire élevé et très saillant, accessible à 10,5. — Arc antérieur de faible courbure. — Diamètre utile évalué à 9 centimètres (examen fait avant l'accouchement).

Mme B..., primipare, 22 ans.

Avait été examinée au cours de la grossesse ; mais on avait jugé le bassin compatible avec un accouchement à terme, et décidé d'attendre le travail, quitte à intervenir alors si cela était nécessaire.

Pas de signes de rachitisme. Présentation de l'épaule, transformée deux fois en présentation du sommet au cours de la grossesse. Accouchement à terme, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 29 avril 1907. Les membranes sont rompues depuis deux heures, les eaux boueuses ; l'enfant souffre. Le bassin est jugé inutilisable pour la version. On tente une application de forceps, sur tête mobile en O I D T. On fait deux applications dans le diamètre oblique gauche, qui aboutissent à des prises bi-pariétales de la tête. Tractions énergiques sur les lacs, sans résultat : le forceps dérape.

Basiotripsie. Enfant de 2 kilog. 990. La tête fœtale est très ossifiée ; les sutures sont linéaires, ainsi que la fontanelle anté-

rière. La tête n'a pu se modeler pour franchir le détroit supérieur.

La mère a une hémorragie légère, qui nécessite la délivrance artificielle. Pas de déchirure du périnée. Suites de couches normales.

L'examen du bassin a été refait après l'accouchement : on ne trouve que 10 cent. de promonto-sous-pubien. On recommande à la femme de venir de bonne heure se faire examiner, en cas de grossesse future.

XLVII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Voron.

Bassin aplati. — P S P, 9 cent. — Promontoire très saillant, moyennement haut. — Arc antérieur de bonne courbure.

Mme Philippine M..., multipare.

Deux accouchements laborieux antérieurs ayant nécessité, l'un une application de forceps, l'autre une version. Troisième grossesse. Accouchement à terme, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 15 juillet 1907. N'a pas été vue au cours de la grossesse. Entre à la Maternité en plein travail, envoyée par une sage-femme qui, après rupture de la poche des eaux, l'adresse avec diagnostic de présentation de l'épaule. En réalité, c'est une présentation du sommet, avec un bras et le cordon procidents. La tête est très mobile au-dessus du détroit supérieur, mais l'utérus étant vide d'eau depuis plusieurs heures et retractoré, on juge qu'il est inutile de tenter la version. M. Gonnet tente une application de forceps avec laëcs, sur la tête mobile, maintenue par pression abdominale au détroit supérieur. Application dans un diamètre oblique. Le forceps dérape après 5 minutes de traction. Les bruits du cœur fœtal sont faibles. On décide de faire la basiotripsie. L'enfant pesait 2 kilog. 950.

Pas de déchirure du périnée chez la mère. Suites de couches normales.

XLVIII^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Voron.

Bassin généralement rétréci. — Promontoire très élevé, accessible à 11 1/4. — Diamètre utile évalué à 9 1/2. — Arc antérieur de faible courbure.

Mme Marie B..., bipare.

Le premier accouchement a été fait au forceps ; l'enfant était vivant. Second accouchement à terme, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 11 octobre 1907. Le bassin, examiné pendant la grossesse, est trouvé peu rétréci. On décide d'attendre le travail. Malgré de fortes douleurs, la tête n'a pas de tendance à s'engager. On fait une application de forceps sans lacs, au détroit supérieur, sur une tête mobilisable en O I D P. Introduction de l'instrument difficile. Le forceps dérape dès les premières tractions. Comme l'utérus n'est pas complètement vide d'eau, on tente la version. On abaisse un pied, mais l'évolution ne se fait pas, la tête étant retenue par le segment inférieur. Procidence du cordon. On cherche en vain à abaisser l'autre pied. L'enfant meurt pendant ces manœuvres.

Basiotripsie. Malgré le broiement, l'extraction de la tête est difficile. L'enfant est très gros et pèse 4 kilog. 800.

Déchirure du périnée, périnéorraphie immédiate. Pas de suites de couches pathologiques.

XLIX^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de MM. Voron et Gonnet.

Bassin généralement rétréci. — Promontoire accessible à 11,5. — Sacrum redressé. — Arc antérieur de courbure un peu diminuée.

Mme Marie B..., 18 ans, primipare.

Vient accoucher à terme, à l'Hôtel-Dieu, le 24 novembre 1907. A été vue au cours de la grossesse. Le diagnostic du bassin

n'avait pu être fait à cause d'une vaginite granuleuse intense. On avait noté : bassin à surveiller. La malade a des douleurs depuis deux jours ; la tête est toujours mobile au détroit supérieur. C'est pourquoi M. Gonnet tente une application de forceps avec lacs, au détroit supérieur. On fait la dilatation digitale du col assez péniblement, et en le dilacérant quelque peu. L'introduction et l'application des cuillers est difficile à cause de la hauteur et de la mobilité de la tête. Tractions sur les lacs, qui engagent la tête. Les tractions sont relativement modérées ; comme un des lacs tend à se déchirer, on exerce surtout les tractions sur le lac de la cuiller gauche. Il se produit, à ce moment, un craquement cartilagineux très net, traduisant une disjonction de la symphyse pubienne. On cesse immédiatement les manœuvres de force ; le toucher vient confirmer la disjonction de la symphyse ; les surfaces articulaires sont séparées par un intervalle d'environ un centimètre. Il n'y a pas de déchirure du vagin. Pour cette raison, et pour ne pas transformer la plaie articulaire fermée, en une plaie articulaire ouverte, en terminant l'accouchement par une seconde application de forceps, on se résout à faire une basiotripsie, bien que les bruits du cœur soient normaux.

Il faut noter qu'au moment où l'accident s'est produit, les tractions s'exerçaient presque uniquement sur le lac frontal, ce qui devait tendre à défléchir la tête, ce qui peut expliquer dans une certaine mesure cette disjonction. L'enfant pesait 3 kilog. 900.

Pas de déchirure du périnée.

L'état de la mère fut assez inquiétant pendant douze jours ; la température oscilla entre 38 et 39°. Le ventre était ballonné, douloureux. La malade vomissait ; le faciès était très altéré ; le pouls battait de 130 à 150. Tous ces phénomènes s'amendèrent, et la malade quitta la Maternité guérie.

L^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Commandeur.

Bassin généralement rétréci. — Promontoire accessible à 9,3. — On fait facilement le tour du détroit supérieur. — Atrésie des parties molles. — La dystocie paraît devoir être redoutable, et M. Commandeur n'aurait pas hésité à faire une césarienne, s'il avait eu le consentement de la malade et de sa famille.

Mme C..., primipare, 15 ans.

Entre pour accoucher à terme, à la Maternité de la Charité, le 20 septembre 1905. A l'entrée, elle est en travail, mais n'a pas fait les eaux. Elle a des douleurs irrégulières depuis deux jours. La tête est toujours mobile, le col incomplètement dilaté. La tête est en O I G T, avec forte inclinaison du pariétal postérieur. M. Commandeur tente d'appliquer un forceps avec lacs. Prise de la mastoïde antérieure à la bosse frontale postérieure. Tractions énergiques sur les lacs, pendant un quart d'heure, sans résultats. Il se décide alors à faire une basiotripsie sur enfant vivant de 3 kilog. 350.

Légère éraillure du périnée. On constate deux déchirures de la portion vaginale du col, l'une à droite, l'autre à gauche.

Le soir de l'accouchement, la mère a 39°1. Le lendemain, la température oscille entre 37°5 et 38°. Le troisième jour, elle redevient normale.

LI^e OBSERVATION

Due à l'obligeance de MM. Plauchu et Gonnet.

Bassin aplati et généralement rétréci. — P S P, 8 3/4.

Mme F..., bipare.

A eu déjà un accouchement au forceps. Elle n'a pas été examinée au cours de sa seconde grossesse, et arrive d'urgence, à la Maternité de la Croix-Rousse, à 10 heures du soir, accompagnée

d'une sage-femme, qui raconte qu'elle est en travail depuis 1 heure de l'après-midi, qu'à 8 heures, la dilatation étant complète depuis deux heures, et la tête n'ayant pas progressé, deux médecins firent une application de forceps qui dura plus d'une heure, et envoyèrent la malade à la Maternité.

A l'entrée, on trouve une présentation du sommet en O I D P, non refoulable et fixée par une énorme bosse séro-sanguine. A minuit, la tête n'a pas progressé. M. Gonnet tente une application de forceps avec lacs. Au dynamomètre, on fait des tractions de 30 kilog., puis de 40, sans résultat. Etant données les applications de forceps antérieures, qui ont pu infecter la malade, et parce que l'enfant souffre, on n'insiste pas davantage, on fait la craniotomie, et on extrait la tête avec le cranioclaste. Enfant de 2 kil. 400.

Pas de déchirure du périnée. La mère a, pendant les suites de couches, des phénomènes de cystite, un peu de température, qui ne dépasse pas 38°5.

Pour les accouchements suivants, étant donné que ce bassin est trop rétréci pour laisser passer un enfant viable, proposer une césarienne.

Applications de forceps avec survie de l'enfant.

FORME DU BASSIN	DIAMÈTRE PSP	POIDS DE L'ENFANT
I. Bassins aplatis et généralement rétrécis.	Observ. I 9,2	2500 grammes
	— II 9,2	2980 —
	— V 10,5	2250 —
	— VII 10 1/4	2420 —
	— IX 10 3/4	3860 —
	— XIII 9 3/4	3200 —
	— XIV 9 1/4	2950 —
	— XVII 10	2830 —
	— XX 10,4	3150 —
	— XXIII 11,3	3050 —
	— XXIV 9,5	2650 —
	— XXVII 9	2800 —
II. Bassins géné- ralement rétrécis.	Observ. III 10,5	3740 grammes
	— IV 10,5	2650 —
	— VI 10,2	3500 —
	— VIII 10,3	2050 —
	— XI 10,5	3740 —
	— XVII 11	3700 —
	— XIX 10,2	2900 —
	— XXVIII 10,2	3480 —
	— XXIX 11	2950 —
III. Bassins aplatis purs.	Observ. X 10,5	3200 grammes
	— XII 10,5	3700 —
	— XV 10	2980 —
	— XV 11	4850 —
	— XXI 10	2930 —
	— XXII 11	4370 —
	— XXVI 10	3330 —
	— XXX 10,3	3400 —
IV. Bassins asy- métriques à type oblique ovalaire de Nœgelé.	Observ. XXV ? (Promontoire inacces- sible.)	2980 grammes

Applications avec mort de l'enfant.

FORME DU BASSIN	DIAMÈTRE PSP	POIDS DE L'ENFANT
I. Bassins aplatis purs.	Observ. XXXVIII 11	3910 grammes
	— XXXIX 10	4220 —
II. Bassins aplatis et généralement rétrécis.	Observ. XXXII 10,7	3120 grammes
	— XXXIV ?	3640 —
	— XXXV 10,2	3150 —
III. Bassins géné- ralement rétrécis.	Observ. XXXI 10 3/4	3700 grammes
	— XXXIII 10,8	2600 —
	— XXXVI 9,5	3170 —
	— XXXVII 10 3/4	2200 —

Applications suivies de basiotripsie.

FORME DU BASSIN	DIAMÈTRE PSP	POIDS DE L'ENFANT
I. Bassins aplatis purs.	Observ. XLVII 3	2950 grammes
II. Bassins aplatis et généralement rétrécis.	Observ. XL 8 3/4	1690 grammes
	— XLI 8 3/4	3500 —
	— XLII 10,5	2300 —
	— XLIII 9 1/4	3000 —
	— XLVI 10,5	2990 —
III. Bassins géné- ralement rétrécis.	Observ. XLIV* 10 1/4	3550 grammes
	— XLV 9,9	3050 —
	— XLVIII 11 1/4	4800 —
	— XLIX 11,5	3900 —
	— L 9,3	3350 —
	— LI 8 3/4	2400 —

Ainsi trente applications de forceps au détroit supérieur ont été faites avec succès pour l'enfant, et vingt et une avec mort de l'enfant, ou basiotripsie.

I. Pour les trente succès :

24 bassins avaient un diamètre P S P de 10 centimètres et au-dessus;

6 bassins seulement avaient un diamètre P S P de 9 centimètres et au-dessus;

15 enfants pesaient moins de 3 kilog.;

15 enfants pesaient plus de 3 kilog. (8 enfants de 3 kilog. 500; 7 enfants de 3 kilog.).

Tous les bassins dont le diamètre P S P était inférieur à 10 centimètres étaient des aplatis généralement, et dans ces bassins :

Les 5/6 des enfants pesaient moins de 3 kilog.;

1 enfant seulement pesait 3 kilog. 200.

En résumé :

a) 75 % des bassins avaient un diamètre P S P de 10 centimètres et au-dessus;

b) 50 % des enfants seulement pesaient plus de 3 kil.

c) Dans les bassins à diamètre P S P inférieur à 10 centimètres, 99 % des enfants pesaient moins de 3 kilog.

II. Pour les vingt et un insuccès :

12 bassins avaient un diamètre P S P de 10 centimètres et au-dessus;

5 bassins avaient un diamètre P S P de 9 centimètres et au-dessus;

3 bassins avaient un diamètre P S P inférieur à 9 centimètres;

1 bassin était indéterminé;

15 enfants pesaient plus de 3 kilog. (8 enfants de 3 kilog. 500; 7 enfants de 3 kilog.);

6 enfants seulement n'atteignaient pas 3 kilog.

En résumé :

a) 57 % des bassins avaient un diamètre P S P de 10 centimètres et au-dessus;

b) 71 % des enfants pesaient plus de 3 kilog.

En somme, pour cinquante et une applications de forceps au détroit supérieur, nous relevons vingt et une morts d'enfants, soit environ 41 %. Neuf interventions ont permis d'extraire des enfants qu'on n'a pas pu ranimer. Douze fois on a dû recourir à la basiotripsie, dans des bassins trop viciés ou sur des enfants trop gros. Après avoir tenté un forceps prudent, l'opérateur préféra s'abstenir de manœuvres de force et sacrifia l'enfant plutôt que de faire courir des dangers à la mère.

Une telle mortalité infantile est évidemment considérable, mais nous ferons remarquer que, sur ces vingt et une applications de forceps malheureuses, douze ont été faites dans des cas d'urgence, pour lesquels l'accoucheur n'avait pas le choix de l'intervention :

OBSERVATION XL. — Mme L..., primipare, a subi des interventions chez elle, avant d'entrer à la Maternité. On constate, à l'entrée, une procidence du cordon, qui ne bat plus. On entend encore les bruits du cœur fœtal. Bien que le bassin soit mauvais (P S P, 8 3/4), on tente une application de forceps, sans résultat, et on pratique la basiotripsie.

OBSERVATION XLI. — Mme H... n'a pas été vue au cours de sa grossesse ; elle entre à la Maternité étant en travail, et l'on trouve,

en la touchant, une double procidence du cordon et d'un membre. L'enfant souffre ; on fait un forceps prudent, car le bassin est très mauvais, et, sans insister, on pratique la basiotripsie.

OBSERVATION XLII. — Mme T... n'a pas été vue au cours de la grossesse, et entre à la Maternité en travail, et ayant déjà fait les eaux. Le travail traîne en longueur ; la tête ne s'engage pas ; on fait un forceps infructueux. Basiotripsie.

OBSERVATION XLIII. — Mme L... entre à la Maternité en travail, avec 38°5 de température. On trouve trois déchirures du col : depuis deux jours une sage-femme l'a touchée à plusieurs reprises (dilatation manuelle ?). Le bassin est très mauvais. La tentative de forceps ne donne rien. On fait une basiotripsie.

OBSERVATION XLVII. — Mme M... entre à la Maternité en plein travail, envoyée par une sage-femme qui, ayant rompu la poche des eaux, a cru à une présentation de l'épaule. En réalité, c'est une présentation du sommet avec un bras et le cordon procidents. On tente un forceps sans résultat. On fait la basiotripsie.

OBSERVATION L. — Mme L... entre à terme à la Maternité ; son bassin est très mauvais, mais elle refuse toute intervention sanglante. Comme le diamètre utile est d'environ 8 centimètres, on tente un forceps, qui ne donne rien, et, sans insister, on pratique la basiotripsie.

OBSERVATION LI. — Mme F... entre à la Maternité, ayant subi des applications de forceps chez elle ; elles ont été faites sur une tête mobile et n'ont réussi qu'à orienter la tête en oblique et à fixer une énorme bosse séro-sanguine. Une tentative de forceps ne donne pas de résultat, et on fait la basiotripsie.

OBSERVATION XXXI. — Mme M... entre à la Maternité, étant en travail depuis plus de trente heures et ayant fait les eaux. Le forceps appliqué au détroit supérieur a permis d'extraire un enfant vivant, dont la tête présentait une dépression en cuiller sur un frontal. Il mourut un mois après, ayant présenté des crises convulsives.

OBSERVATION XXXV. — Mme A... a refusé l'accouchement

prématuré qu'on lui a proposé, et ne revient à la Maternité qu'à terme. On intervient parce que l'enfant souffre ; une application de forceps au détroit supérieur permet de le ramener vivant, mais on n'arrive pas à le ranimer.

OBSERVATION XXXVI. — Mme B... a eu un accouchement spontané à terme. Elle entre à la Maternité en travail, et l'on constate alors que l'enfant souffre. Forceps qui permet d'extraire un enfant vivant, mais qu'on ne peut ranimer.

OBSERVATION XXXVII. — Cette dame a fait les eaux avant d'entrer à la Maternité. L'enfant souffre ; il fait son méconium, et les bruits du cœur sont irréguliers. D'autre part, la mère paraît exténuée et elle vomit constamment. Forceps ; l'enfant n'est pas gros, mais il est hydrocéphale. On n'arrive pas à le ranimer.

OBSERVATION XXXIX. — Mme G... entre à la Maternité en travail. On trouve une procidence du cordon. L'enfant souffre ; tentative de forceps, sans résultat. Comme la tête est encore refoulable, on tente la version, qui réussit, mais on ne parvient pas à ranimer l'enfant.

En résumé, souffrance de l'enfant, infection probable ou possible de la mère, telles sont les raisons, légitimes à notre sens, qui ont pu faire préférer le forceps à une intervention sanglante, dans les bassins rétrécis que nous venons de considérer.

Ces applications de forceps furent malheureuses, tant en raison des bassins, en général mauvais, pour lesquels on intervenait, que du poids élevé de la plupart des enfants et des conditions déplorables de vitalité dans lesquelles ils se trouvaient (procidence du cordon, interventions antérieures, etc...).

Cependant, si nous recherchons les applications de forceps suivies de survie de l'enfant et faites dans les mêmes conditions de nécessité, nous trouvons neuf succès :

OBSERVATIONS III, IV, V, VIII, XI, XV, XIX, XXVIII, XXIX.

C'est-à-dire que, pour vingt et une opérations de nécessité, où le forceps était un pis-aller, 42 % des enfants ont été extraits vivants. Ce qui pourrait, somme toute, être considéré comme un résultat encore appréciable, si on voulait juger de la valeur d'un procédé de nécessité.

Il nous reste, maintenant, à envisager les résultats du forceps au détroit supérieur, dans les cas où il fut proposé comme moyen de traitement des viciations pelviennes.

Nous en avons réuni trente observations, dans lesquelles le forceps avait été considéré comme pouvant parer aux accidents de la dystocie : soit qu'en général l'accoucheur eût été encouragé à attendre le travail en présence de multipares ayant déjà accouché seules, soit que le bassin des autres eût été jugé peu dystocique et compatible avec l'accouchement spontané prématuré ou à terme, ou avec une extraction facile.

Quels ont été les résultats de ces trente applications de forceps?

1° Un cas de mort maternelle (voir Mortalité maternelle, OBSERVATION XXXIV).

2° Vingt et une ont été suivies de succès au point de vue de l'enfant. Soit 70 %.

OBSERVATIONS I, II, VI, VII, IX, X, XII, XIII, XIV, XVI, XVII, XVIII, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXX.

Pour cette dernière observation, nous devons dire

que le forceps fut infructueux, mais que la version permit ensuite de ramener un enfant vivant.

3° Neuf ont été des insuccès : soit 30 %.

OBSERVATIONS XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXVIII, XLIV, XLV, XLVI, XLVIII,, XLIX.

Nous ferons remarquer que, dans les observations XLIV et XLV, on avait jugé le degré de rétrécissement incompatible avec un accouchement à terme. Aussi avait-on mis les deux femmes en travail prématurément. Malheureusement, trompé par la date des dernières règles, on crut mettre la première en travail à 8 mois, alors qu'elle était presque à terme, comme en témoigne le poids de 3 kilog. 550 de l'enfant, qu'on dut mutiler pour l'extraire.

La seconde ne vint se faire examiner que onze jours avant terme. L'accouchement prématuré fut décidé aussitôt, mais l'enfant était trop gros : 3 kilog. 050, et ici encore on dut faire la basiotripsie.

La mortalité infantile due aux applications de forceps au détroit supérieur, en dehors des cas de nécessité, est encore considérable, 30 % environ. Le forceps n'est pas entièrement responsable, croyons-nous, de ce grand nombre d'insuccès. Souvent, en effet, l'accoucheur, comptant sur un accouchement spontané, que pouvaient faire espérer des accouchements antérieurs normaux, ou un bassin peu rétréci, a attendu pour intervenir. Le travail s'est prolongé, l'enfant a souffert, et, dans de semblables conditions, c'est moins le forceps qu'une expectation trop prolongée qu'il faut incriminer.

MORBIDITÉ FŒTALE.

I. *Mort apparente du nouveau-né.* — Dans nos observations, presque tous les nouveau-nés ont été extraits en état de mort apparente. Neuf seulement n'ont pu être ranimés. Les autres ont été ranimés plus ou moins facilement, par les procédés usités en pareil cas.

II. *Fractures du crâne.* — Nous relevons quatre fractures du frontal; les quatre enfants qui en étaient porteurs ont été extraits vivants.

1) Un seul (observ. XXXI) a succombé un mois après, en présentant des phénomènes convulsifs.

2) Un enfant présenta (observ. III) une fracture étoilée au frontal gauche. Exorbitis et trouble diffus de la cornée du même côté. Un peu de paralysie faciale. Pas d'autres phénomènes de compression, il guérit parfaitement.

3) Un enfant eut une fracture du bord supérieur du frontal gauche, sur le promontoire, sans phénomènes de compression, et qui disparut quelques jours après la naissance (observ. XI).

4) Un enfant présenta un trait de fracture du frontal gauche, avec un écartement d'environ 2 mm. et une large dépression en cuiller. Il fut opéré 24 heures après sa naissance, bien qu'il n'eût pas présenté de symptômes de compression, ni d'hémorragie méningée. Guérison (observ. XIII).

En somme, ces fractures du frontal n'ont causé, dans nos observations, qu'une fois la mort de l'enfant, un mois après la naissance. Mais les fractures du frontal ne sont pas toujours aussi bénignes, et Servel a bien montré dans sa thèse toute leur gravité. Non seulement elles sont souvent la cause de la mort immédiate ou dans les jours qui suivent la naissance, mais, dans les cas où elles guérissent, elles peuvent causer, à distance, des phénomènes de compression ou d'irritation de la substance cérébrale, se traduisant par des crises convulsives localisées ou généralisées, des symptômes d'épilepsie Jacksonienne, des troubles intellectuels.

Le plus souvent, le frontal se fracture sur la saillie du promontoire ou sur l'arc antérieur redressé; plus rarement, c'est la pression directe du forceps qui la provoque. Mais, ce qu'il faut incriminer surtout, c'est l'application de forceps sur des têtes mobiles dans des bassins dont la forme implique forcément l'engagement en transverse. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, la tête mobile, tournant dans les cuillers, s'oriente en oblique, et la bosse frontale, butant contre le promontoire, se fracture sur l'obstacle, si l'opérateur veut à tout prix engager la tête dans de semblables conditions.

TRAUMATISMES CRANIENS SANS FRACTURES

OBSERVATION II. — Un enfant présenta une dépression de la région temporale gauche sans fracture, ni phénomènes de compression cérébrale. Distorsion latérale de la tête. Guérison.

OBSERVATION IV, — Large dépression de la région frontale droite produite par l'arc antérieur. Pas de trait de fracture. Pas de phénomènes de compression. Guérison.

OBSERVATION XVI. — Aplatissement sans fracture de la région temporo-pariétale gauche, la bosse pariétale gauche est effacée, il n'y a pas de signes de compression cérébrale. Guérison.

OBSERVATION XXVII. — Dépression en gouttière, partant de la bosse pariétale droite et aboutissant à la suture temporo-pariétale (déformation produite par l'arc antérieur). Pas de phénomènes de compression cérébrale. Guérison.

Ces traumatismes, ces enfoncements, ont d'ailleurs la même étiologie que les fractures du frontal. Leur pronostic est souvent sombre ; néanmoins, dans nos observations, tous les enfants blessés de cette manière ont guéri.

OBSERVATION XIV. — Un enfant présenta de l'exorbitis, avec épanchement sanguin de l'œil gauche, de l'opacité de la cornée bi-latérale, des mouvements convulsifs de la face et des muscles respiratoires, des troubles digestifs. Ces phénomènes s'amendèrent petit à petit et l'enfant se rétablit tout à fait.

OBSERVATION XXVIII. — Œdème de l'œil droit, meurtri par la cuiller du forceps. Guérison.

OBSERVATION XXIII. — Une paralysie faciale gauche, dont l'évolution n'a pu être suivie après que l'enfant eut quitté la Maternité.

Plusieurs enfants ont présenté, sur la face ou sur le crâne, des lésions superficielles, produites par la pression des cuillers. Ces accidents ont été insignifiants et n'ont jamais provoqué de complications. Nous n'y insisterons pas.

MORTALITÉ MATERNELLE

Nous relatons trois morts maternelles sur nos cinquante et une applications de forceps au détroit supérieur, ce qui donne environ 6 %.

Ici encore, comme nous l'avons fait remarquer pour la mortalité infantile, ce nombre relativement considérable de morts trouve son explication dans les circonstances qui ont obligé l'accoucheur à donner la préférence à l'extraction forcée, sur une intervention sanglante.

Des trois applications de forceps suivies de mort maternelle, deux ont été faites d'urgence, c'est-à-dire parce que soit l'état de la mère, soit celui de l'enfant, contre-indiquaient une autre intervention.

1^o. OBSERVATION IV. — Cette dame, comme on peut s'en rendre compte, a eu déjà un accouchement dystocique, ayant nécessité une application de forceps au détroit supérieur, car une fois déjà elle avait refusé l'accouchement prématuré. Encouragée sans doute par le bon résultat du premier accouchement, malgré les recommandations qui lui ont été faites, elle ne revient à la Maternité qu'à terme. De plus, elle arrive avec de la bronchite, de l'emphysème, de l'albumine dans les urines, un très mauvais état général. Pour ne pas prolonger le travail dans ces conditions, et aussi parce que l'enfant souffre, à cause de la procidence du cordon, on fait un forceps, qui permet de ramener un enfant vivant.

L'état de la mère devient grave dès le lendemain. Elle a 38°, une dyspnée extrême, de la cyanose, des râles de congestion dans les deux poumons. A l'autopsie, on trouve une congestion intense et étendue des deux poumons.

Que l'intervention subie par cette femme ait donné un coup de fouet à la bronchite, et ait favorisé le développement de la congestion pulmonaire dont elle est morte, c'est fait possible. Mais il est bien permis de penser qu'il en eût été de même si l'on eût fait, au lieu d'une application de forceps, qui fut simple, une intervention sanglante, autrement redoutable, dans de pareilles conditions.

2^o OBSERVATION XXXVII. — La parturiente a fait les eaux avant d'arriver à la Maternité. On constate que les bruits du cœur fœtal sont irréguliers et que l'enfant fait son méconium. La mère semble exténuée et vomit constamment. Donc la mère peut être en puissance d'infection ; son état général est mauvais. D'autre part, la vie de l'enfant semble compromise. En somme, deux contre-indications d'une intervention sanglante. On fit une application de forceps ; l'enfant ne put être ranimé.

La mère eut des phénomènes péritonéaux et mourut douze jours après l'accouchement. L'autopsie ne put être pratiquée.

3^o OBSERVATION XXXV. — Mme J... avait eu déjà trois accouchements spontanés à terme. Un seul enfant, il est vrai, était né vivant. Les deux autres étaient morts-nés. Elle vint accoucher à terme, pour la quatrième fois, et entra à la Maternité étant en travail, mais n'ayant pas fait les eaux.

La mensuration du bassin ne put être faite, car la malade se défendait. Néanmoins, comme elle avait accouché déjà spontanément, on attendit. On intervint parce que le travail traînait et que les bruits du cœur fœtal devenaient irréguliers. L'application de forceps fut longue et pénible. L'enfant, de 3 kilog. 640, avait une tête très ossifiée. Il mourut le lendemain ; la mère trois jours après, et l'autopsie montra que la cause de la mort était une péritonite, provoquée par une déchirure de la vessie, sur une épine rétro-pubienne (voir compte rendu de l'autopsie dans l'observation).

Cette dernière observation est la seule, à notre avis, dans laquelle l'action néfaste du forceps soit à incriminer, indépendamment de toute autre cause, pour expliquer la mort de la mère.

Cette femme avait déjà accouché trois fois spontanément, sans incidents graves, malgré l'épine rétro-pubienne saillante que présentait son bassin, et il a fallu des tractions énergiques exercées sur une tête fœtale très ossifiée, pour provoquer cette déchirure de la vessie, qui causa la mort.

Dans les deux autres observations, nous ferons remarquer que les femmes étaient probablement infectées avant les applications de forceps, et que les interventions ne sont sans doute pas seules à incriminer, pour expliquer les résultats désastreux dont elles ont été suivies.

MORBIDITÉ MATERNELLE

En dehors des trois applications de forceps suivies de mort maternelle, les interventions que nous venons de publier ont provoqué chez les mères un certain nombre d'accidents, soit infectieux, soit traumatiques, tels que phlébite, déchirures du col, du périnée, etc...

Accidents infectieux.

1° Phlegmatia alba dolens, 1 (observ. XLV).

2° Thyroïdite, 1. En réalité, cet accident n'est pas dû au forceps. La parturiente qui en fut atteinte était entrée à la Maternité en se plaignant de souffrir du cou. Guérison par résolution (observ. XII).

3° Pyclo-néphrite gravidique, 1 (observ. VIII).

De même, il semble que, dans ce cas, le forceps ne soit pas davantage à incriminer. Cette femme était entrée avec de la bronchite et 2 grammes d'albumine.

4° Une femme qui eut une disjonction de la symphyse (observ. XLXI). Au cours d'une application de forceps manifesta, les jours suivants, quelques phénomènes péritonéaux : ballonnement du ventre, vomissements.

5° Une sub-infection légère avec 38° de température pendant six ou sept jours (observ. IX).

Accidents traumatiques.

1° Déchirures du périnée, 10.

2° Déchirures du vagin, 1 (observ. XXVIII).

3° Déchirures du col, 2 (observ. XXIII et L).

4° Disjonction de la symphyse pubienne, 1 (observ. XLIX).

Nous n'avons pas eu à déplorer, comme cela arrive parfois, de grands traumatismes, en dehors de cette disjonction de la symphyse pubienne. Dans nos observations, le forceps n'a jamais provoqué de rupture de l'utérus, jamais non plus de ces profondes déchirures, faisant communiquer la vessie ou le rectum avec le vagin, et si souvent suivies de fistules. Les déchirures du col ne provoquèrent pas de grosses hémorragies, et furent limitées à la portion vaginale. Quant aux déchirures du périnée, elles ne furent jamais complètes. Presque toutes se firent au moment du dégagement; une ou deux seulement furent causées par les lacs.

Tous ces accidents, d'ailleurs, tant traumatiques qu'infectieux, guérissent parfaitement, et toutes les femmes qui en furent atteintes quittèrent les Maternités en parfaite santé. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Parfois les déchirures du vagin ou du périnée sont des portes d'entrée ouvertes à l'infection. Secondairement, elles causent souvent des fistules vésico ou recto-vaginales rebelles, et entrent, pour une large part, dans la production des prolapsus utérins, des rectocèles, des cystocèles.

Les déchirures du col s'étendent parfois, plus ou moins haut, sur le segment inférieur, et le pronostic en est alors sombre.

De plus, la rétraction cicatricielle, qui suit leur

guérison, est souvent une nouvelle cause de dystocie pour les accouchements suivants.

Enfin, tel accident, rarement observé, il est vrai, comme la disjonction de la symphyse pubienne, et qui fut relativement bénin dans l'observation XLIX, donne, en général, une mortalité élevée.

Aussi, nous croyons qu'il faut restreindre l'emploi du forceps au détroit supérieur, Néanmoins, malgré les risques fréquents de mort qu'il fait courir à la mère et à l'enfant, malgré les accidents souvent graves qu'il provoque, il ne faut pas le condamner aussi rigoureusement que le font quelques accoucheurs. Nous persistons à croire que, dans les cas de nécessité, son usage est moins dangereux pour les mères que l'opération césarienne ou la pubiotomie, et nous avons vu que, même dans de très mauvais bassins, il a permis, dans ce cas, d'amener plusieurs enfants vivants.

En dehors de ces cas d'urgence, nous estimons encore qu'il peut rendre des services, comme complément de l'expectation, dans les bassins peu viciés, ayant 9 centimètres environ de conjugué vrai, et à la condition que l'enfant soit de poids moyen. Dans tous les cas, son usage n'est légitime que si l'accoucheur, prudent, n'en exige pas trop, et qu'il sache y renoncer, plutôt que de faire des tractions exagérées. Si, après quelques tractions à 30 ou 35 kilog., la tête ne s'engage pas, il faut s'en tenir là et recourir alors, suivant le bassin, suivant l'état de la mère et de l'enfant, à d'autres procédés d'extraction.

CONCLUSIONS

1° Actuellement les accoucheurs tendent de plus en plus à restreindre l'usage du forceps au détroit supérieur dans les bassins rétrécis.

Quelques-uns même ne l'emploient plus et font des césariennes ou des pubiotomies dans tous les cas de viciation pelvienne.

D'autres sont moins exclusifs et parmi eux les accoucheurs lyonnais. Considérant que tous les bassins viciés ne sont pas justiciables d'une méthode de traitement uniforme, ils ont recours, suivant les cas, à l'accouchement prématuré provoqué, à l'extraction forcée à terme, ou aux interventions sanglantes.

2° A Lyon, on se sert, pour les applications de forceps au détroit supérieur du forceps de Levret, modifié par Laroyenne, de façon à pouvoir être muni de lacs servant de tracteurs.

Cet instrument, grâce à sa grande courbure céphalique, permet de saisir solidement une tête fœtale encore élevée.

L'insertion des lacs au niveau du centre de figure de la tête fœtale corrige, en partie, l'excentricité des tractions, et permet à la tête d'évoluer et de se fléchir suivant les nécessités de l'engagement.

Les manœuvres combinées, les tractions sur un seul lacs, permettent de parer aux mouvements défectueux de rotation de la tête : asynclitisme trop accentué, défaut de flexion.

3° Le forceps au détroit supérieur est indiqué surtout chez des primipares, dans les bassins généralement rétrécis, et dans les bassins aplatis et généralement rétrécis à arc antérieur de court rayon.

4° Les applications dans les diamètres transverse et antéro-postérieur du bassin sont défectueuses et font courir des risques graves à l'enfant.

Il faut, autant que possible, faire des applications dans un diamètre oblique.

5° Le forceps s'adresse aux bassins moyennement rétrécis. Mais son emploi peut s'imposer ou être discutable.

a) Il s'impose lorsque la mère refuse toute autre intervention, ou bien lorsqu'elle est infectée ou en puissance d'infection.

Il s'impose encore lorsque l'enfant présente des signes de souffrance manifestes. Dans ce cas le forceps est un pis-aller qui, d'après nos observations, a donné :

9,5 % de mortalité maternelle ;

57 % de mortalité fœtale.

Ces résultats des forceps d'urgence sont mauvais surtout pour l'enfant. Mais nous croyons que des interventions sanglantes faites dans des conditions analogues donneraient des résultats encore moins encourageants.

A ce titre le forceps nous paraît devoir être con-

servé pour les interventions de nécessité dans les bassins rétrécis ayant au moins 8 centimètres de conjugué vrai, et pour des enfants de poids moyen.

b) L'application de forceps au détroit supérieur est discutable en tant que moyen de traitement proposé des viciations pelviennes et comme complètement possible de l'expectation.

Car, en dehors des conditions d'infection de la mère ou de souffrance pour l'enfant, il donne encore dans notre statistique :

30 % de mortalité fœtale ;

3 % de mortalité maternelle.

Cette mortalité maternelle est évidemment moindre que celle qui résulte des opérations sanglantes faites également dans de bonnes conditions :

Opération césarienne, 6 à 7 % ;

Symphyséotomie, 7 à 8 % (Pinard) ;

Pubiotomie, 4,1 % (Kannegiesser).

Mais la mortalité infantile dépasse de beaucoup celle qu'on a observée dans ces mêmes opérations :

Opération césarienne, 5,6 % ;

Symphyséotomie, 15 % (Pinard) ;

Pubiotomie, 17 % (Kannegiesser).

De plus, le forceps appliqué au détroit supérieur peut parfois causer des accidents redoutables pour la mère (déchirures du col, du vagin, du périnée, disjonction de la symphyse pubienne) et pour l'enfant (fractures du frontal, phénomènes de compression cérébrale immédiats ou à distance, troubles oculaires).

6° Pour toutes ces raisons, il nous semble qu'il

faut restreindre notablement l'emploi du forceps au détroit supérieur comme moyen de traitement de choix (nous entendons par là prévu à l'avance) des bassins rétrécis. Mais, si ses indications sont notablement restreintes, elles ne sont pas cependant totalement supprimées. En dehors des cas d'urgence auxquels il est fait allusion plus haut, on sera autorisé à l'employer dans certains bassins ayant au moins 9 centimètres de conjugué vrai, ce chiffre devant être un peu abaissé lorsque l'arc antérieur est de grand rayon, et un peu augmenté si l'arc antérieur est de faible courbure. Il est à déconseiller, en général, lorsque la tête est mobile, et surtout lorsque, dans ce cas-là, la forme du bassin impose l'engagement en transverse.

7° Dans tous les cas, l'application de forceps au détroit supérieur devra être prudente. L'opérateur ne doit pas vouloir à tout prix arriver au but qu'il se propose. Si, après quelques tractions à 30 ou 35 kilogrammes au maximum, la tête ne s'engage pas, il devra laisser là le forceps et recourir à d'autres procédés d'extraction.

Le Président de la Thèse,
AUG. POLLOSSON.

VU :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 22 février 1908.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BAUDELOCQUE. — De l'art des accouchements.

FOCHIER. — Forceps ou version dans les bassins rétrécis. Sur quelques causes de dissentiment des accoucheurs français et allemands. (Province médicale, 1888.)

— De la limite de la force de traction compatible avec la survie de l'enfant dans les applications de forceps.

— De l'application du forceps dans les rétrécissements du bassin, lorsque la tête se présente en position transversale, en attitude intermédiaire avec inclinaison sur l'épaule antérieure.

COMMANDEUR. — La pratique de l'art des accouchements (article : viciations pelviennes du traité : La pratique de l'art des accouchements, de Bar, Brindeau, Chambrellent).

VORON. — Traction manuelle par les lacs dans les applications de forceps. (Th. Lyon, 1901.)

PLAUCHU. — Mécanisme de l'engagement dans les bassins normaux et rétrécis. (Gazette des Hôp., 1904.)

LITZMANN. — L'accouchement dans les rétrécissements du bassin. (Traduction Thomasset, Lyon, 1889.)

FOCHIER. — (Préface de l'ouvrage précédent de Litzmann 1889.)

JAMAIN. — De l'engagement dans les bassins rétrécis. (Th. de Lyon, 1889.)

LEPAGE. — De l'application de forceps au détroit supérieur. (Th., Paris, 1889.)

PINARD. — (Article : Forceps, du Dictionnaire des Sciences médicales, 1879.)

- LARDENER. — Parallèle entre la version et le forceps, dans les cas de rétrécissements moyens du bassin. (Th., Paris, 1886.)
- JACQUEMIER. — Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées. (Paris, 1846.)
- CHARPENTIER. — Traité pratique des accouchements. (Paris, 1879.)
- BOISSIÈRE. — De l'application de forceps au détroit supérieur de l'excavation. (Th., Paris, 1899.)
- ROBILLARD. — Essai sur l'application de forceps au détroit supérieur. (Th. de Lille, 1894.)
- LANTEAUME. — Des lésions du fœtus dans les applications de forceps au détroit supérieur. (Th., Bordeaux, 1896.)
- SERVEL. — Les fractures et enfoncements du frontal chez le fœtus, pendant l'accouchement, produits par les saillies du promontoire ou de l'arc antérieur du bassin. (Th., Lyon, 1901.)
- QUEVREL. — Symphyséotomie et forceps au détroit supérieur. (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1896.)
- HOFMEIER. — De la légitimité de la basiotripsie. (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1903.)
- CAZEAUX ET TARNIER. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements.
- BUDIN. — Le forceps au détroit supérieur (statistique). (Obstétrique, 1898.)
- BUDIN ET DEMELIN. — Traité d'accouchement et d'allaitement.
- DUBRISAY ET JEANNIN. — Précis d'accouchement.
- FARABEUF ET VARNIER. — Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements.
- Paul BAR ET GUENIOT. — La pratique de l'art des accouchements (articles : Forceps, Version, Symphyséotomie. Pubiotomie, Césarienne).

